CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

CONGRÈS
DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SEPTIÈME SESSION

TENUE A NANCY DU 1er AU 5 AOUT 1896

VOLUME I

Publié par le Docteur VERNET, *Secrétaire général*

RAPPORTS



PARIS

G. MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1897

Nancy. — Imp. A. Crépin-Leblond, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).

RAPPORTS

SUR LES

QUESTIONS DU PROGRAMME

1re Question. — Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. — Rapporteur : M. le docteur Séglas.

2e Question. — De la séméiologie du tremblement. — Rapporteur : M. le docteur Lamacq.

3e Question. — De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation. — Rapporteur : M. le docteur Paul Garnier.

PATHOGÉNIE
ET
PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE
DE
L'HALLUCINATION DE L'OUÏE

Rapport du Dr J. SÉGLAS

L'hallucination est un phénomène psychologique très simple en apparence, qui de longtemps attira l'attention des médecins et des psychologues les plus éminents, et fut l'objet de travaux presqu'innombrables. Il s'en faut cependant qu'aujourd'hui encore nous soyons édifiés sur sa nature, sa pathogènie, son mécanisme intimes.

L'hallucination visuelle, qui a toujours servi de point de départ à ce genre d'études, est aussi relativement la mieux connue. Les lacunes sont bien plus considérables en ce qui concerne l'hallucination de l'ouïe, qui revêt des formes très variées, est parfois d'une compléxité très grande, difficile à préciser en elle-même, à délimiter de phénomènes voisins, et se prête peu aux recherches expérimentales. Ajoutons que l'incertitude plus grande de nos connaissances sur les points afférents d'anatomie, de physiologie, de

psychologie normales ne peut qu'augmenter la difficulté du problème et en retarder la solution.

Aussi l'exposé détaillé, l'examen complet de la question est-il un travail que je n'ai pas osé entreprendre, et qu'il ne m'appartenait pas d'ailleurs de traiter. J'ai cru devoir m'en tenir plus étroitement à mon rôle de rapporteur et me contenter d'esquisser les grandes lignes du sujet, de rappeler les points principaux qui pourront servir de base à la discussion soumise au Congrès.

I

Considérations générales.

DÉFINITIONS DE L'HALLUCINATION SENSORIELLE. — SA DÉLIMITATION. — PHÉNOMÈNES DONT ELLE DOIT ÊTRE DISTINGUÉE : PARAMNÉSIES, ILLUSIONS, INTERPRÉTATIONS DÉLIRANTES ; — PSEUDO-HALLUCINATIONS ET HALLUCINATIONS MOTRICES.

Nombreuses sont les définitions de l'hallucination. Les unes sont la traduction de la simple observation clinique ; les autres, au contraire, correspondent aux interprétations théoriques sur la nature et la pathogénie du symptôme.

Or, il s'en faut qu'aujourd'hui encore la lumière soit faite à cet égard. Aussi me paraît-il difficile, au début d'un travail de ce genre, alors que nous sommes réunis justement pour discuter la pathogénie de l'hallucination, d'en donner une définition pathogénique. Ce serait une pétition de principes.

Mieux vaut rester, il me semble, sur le terrain de l'observation clinique.

La première bonne définition en ce genre, la plus simple et peut-être aussi la meilleure, est celle d'Esquirol.

« Un homme, dit-il, qui a la conviction entière d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. »

Ainsi un malade est halluciné de l'ouïe alors que, tout étant silencieux autour de lui, que des personnes placées dans les mêmes conditions, ne perçoivent aucune impression extérieure analogue, il entend cependant des bruits plus ou moins déterminés, des paroles, absolument comme si ces bruits s'étaient produits réellement, comme si ces paroles avaient été effectivement prononcées par des interlocuteurs.

Sans doute, on peut dire que la définition d'Esquirol n'est pas assez générale. Elle n'envisage que l'hallucination en tant que créant l'apparence d'un objet extérieur, tandis qu'il existe des phénomènes du même genre dans le domaine des sensations internes, de la cénesthésie. A cet égard une définition pathogénique eût pu sembler préférable.

Néanmoins le but de notre étude n'intéressant que l'hallucination auditive, la définition d'Esquirol, tout en n'envisageant que l'hallucination sensorielle, s'exerçant dans le domaine des sens de la vie de relation, peut nous suffire pour déterminer dès l'abord le phénomène psychologique que nous devons étudier. On pourra, si l'on veut, la remplacer par la formule bien connue, plus concise et plus générale : « L'hallucination est une perception sans objet ».

La caractéristique de l'hallucination est de créer l'apparence d'un objet extérieur actuel qui n'existe pas en réalité.

Ce caractère sépare nettement l'hallucination d'autres phénomènes qui s'en rapprochent par certains côtés, par exemple des phénomènes de mémoire.

Mais si net, si saisissant que puisse reparaître un souvenir, il reste toujours localisé dans le passé, et ne produit pas l'apparence d'un objet extérieur et présent. « L'hallucination, a dit très justement Leuret, n'est pas un souvenir, c'est une chose actuellement perçue ; elle diffère autant et de la même manière

du souvenir que la sensation elle-même. J'accorde qu'elle puise ses éléments dans la mémoire, car toute hallucination peut se résoudre en sensations ou en idées antérieures ; mais elle crée une existence, *elle donne une actualité,* et, pour celui qui l'éprouve, elle est aussi destincte de la mémoire que, pour nous tous, la mémoire est distincte de la sensation. »

Sans doute, parmi les troubles de la mémoire, il en est de décrits sous le vocable assez impropre d'hallucinations de la mémoire, mais ce sont là des désordres spéciaux qui ne rentrent nullement dans la classe des véritables hallucinations.

Il y a un acte qui présente le même caractère signalé dans l'hallucination, c'est la perception des objets extérieurs, la perception sensorielle.

Le rapprochement s'impose de lui-même : il n'est pas un seul halluciné qui manque de l'indiquer. « J'ai vu, j'ai entendu aussi distinctement que je vous vois, que je vous entends » (Esquirol). — « Vous prétendez que je me trompe parce que vous ne comprenez pas comment ces voix que j'entends arrivent jusqu'à moi : mais je ne comprends pas plus que vous comment cela se fait ; ce que je sais bien, c'est qu'elles y arrivent, puisque je les entends. Elles sont pour moi aussi distinctes que votre voix, et si vous voulez que j'admette la réalité de vos paroles, laissez-moi aussi admettre la réalité des paroles qui me viennent je ne sais d'où, car la réalité des unes et des autres est également sensible pour moi » (Leuret).

Ce langage est la preuve que, pour les malades, il n'y a pas de différence entre les impressions hallucinatoires et les impressions réelles, provoquées par des objets dont l'existence nous est révélée par le témoignage de nos sens. Les deux se mêlent, se confondent à tel point qu'ils ne peuvent douter de la réalité des unes, puisque tout le monde admet la réalité des autres. Pour eux, l'hallucination ne se distingue pas de la perception normale.

Sans aller aussi loin, nous pouvons considérer tout au moins l'hallucination comme une forme pathologique de la perception.

Elle n'est pas la seule.

« Pour qu'une perception soit vraie, normale, régulière, il faut non seulement qu'elle corresponde à la *présence actuelle* d'un objet matériel existant, étranger ou inhérent à l'organisme humain, mais qu'elle soit la *copie fidèle* de cet objet » (Michéa).

Lorsque la première de ces conditions (et par suite la seconde) vient à manquer, la perception est hallucinatoire. Mais il peut se faire que la seconde condition seule ne soit pas remplie. Il s'agit alors d'un trouble de la perception plus simple, plus facile à étudier et à interpréter ; on le désigne le plus communément du nom d'Illusion.

C'est Arnold qui a le premier introduit dans la pathologie mentale la distinction entre l'illusion et l'hallucination, définitivement établie dans la suite par Esquirol. Cette opinion est aujourd'hui fortement battue en brèche, et la plupart des auteurs, tout en continuant à signaler l'existence des faits dits d'illusion, n'admettent pas entr'eux et les hallucinations de différences fondamentales. Ce seraient simplement deux variétés d'un même trouble psychologique, ne différant que par le point de départ. L'illusion n'est plus ainsi qu'une hallucination dont le point de départ est manifeste, l'hallucination une illusion dont le point de départ est latent (Ball).

Si fondée que puisse être cette assimilation au point de vue psychologique, il y a, je crois, intérêt au point de vue clinique à conserver la distinction entre l'illusion et l'hallucination. Certains aliénés, comme les maniaques, ne présentent-t-il pas le plus généralement des illusions beaucoup plutôt que des hallucinations proprement dites ? D'autres, comme certains persécutés systématiques, ne sont-ils pas d'abord de simples illusionnés avant de devenir de véritables hallucinés ?

Sans doute, il est bien difficile, quelque nom qu'on leur donne, de délimiter d'une façon précise le domaine des faits d'illusion et d'hallucination. Nous aurons à revenir plus tard sur ce sujet d'une façon plus précise. Pour le moment, nous nous contenterons de signaler l'intérêt qu'il peut y avoir, en clinique tout au moins, à distinguer les faits de perceptions pathologiques sans objet extérieur (hallucinations) de ceux dans lesquels il y a

un objet extérieur présent, mais faussement perçu, d'une façon autre que par la majorité des hommes (illusions).

Il est d'ailleurs un autre trouble psychologique qui, si différent qu'il puisse paraître, est néanmoins souvent confondu avec l'illusion et même l'hallucination proprement dite. Je veux parler de l'interprétation délirante ou, comme le disait Baillarger, des faux jugements à l'occasion des sensations. Dans ces cas, les sensations sont perçues comme dans l'état normal, la perception est régulière, mais le malade l'interprète d'une manière erronée.

« Une demoiselle de 42 ans a de véritables hallucinations de l'ouïe, mais son délire roule principalement sur des conceptions délirantes à l'occasion des sensations. Ainsi, un chiffre marqué sur un chiffon vert *veut dire* telle chose, un mot écrit sur un chiffon de papier *signifie* qu'on doit lui accorder telle faveur qu'elle réclame. A chaque instant, on lui parle ainsi par toutes sortes de signes. » Elle a, dit-elle, bien des *alphabets* à sa disposition, etc... (Baillarger).

« Rien de plus ordinaire que ces faits chez les hallucinés et rien de plus dificile que de reconnaître au milieu de tout cela leurs véritables hallucinations... On leur a commandé tel ou tel acte, il ont appris telle ou telle nouvelle, et quand on cherche à savoir comment tout cela s'est fait, on arrive à découvrir qu'il n'y a eu ni illusion des sens, ni hallucination, mais tout simplement une fausse interprétation de certaines sensations bien réelles et nous pourrions dire bien normales » (Baillarger). Combien plus difficile encore sera la distinction lorsqu'il s'agira de faire le diagnostic rétrospectif de l'hallucination.

Il importe, enfin, de distinguer des hallucinations proprement dites les phénomènes décrits sous le nom de fausses hallucinations (Michéa), hallucinations psychiques (Baillarger), pseudo-hallucinations (Hagen, Kandinsky, Hoppe), hallucinations aperceptives (Kahlbaum). Il est à remarquer que ces termes ne sont d'ailleurs pas absolument équivalents. Suivant les auteurs, chacun d'eux désigne et englobe des faits différents les uns des autres.

On pourrait, d'une façon générale, les diviser en trois catégories.

Une première renferme des faits qui n'ont de l'hallucination que l'apparence, par exemple, la rêverie à l'état de veille de certains paranoiaques qui se croient en imagination dans telle ou telle position et se livrent à des dialogues sans voir ni entendre personne ; ou bien le mélange d'une conception délirante au souvenir actuel d'une perception prétendue exacte, comme chez les persécutés qui prétendent avoir été injuriés alors qu'ils se figurent seulement cela au moment même (Hagen).

Une seconde catégorie comprend les phénomènes auxquels Kandinsky réserve plus particulièrement le nom de pseudo-hallucinations. Ce sont des phénomènes participant à la fois de la représentation mentale sensorielle ordinaire et de l'hallucination, des représentations mentales vives, animées, précises, stables, spontanées, incoercibles, se rapprochant ainsi des hallucinations véritables, mais ne créant pas comme elle l'apparence d'une réalité objective. Elles manquent de ce caractère d'*extériorité* que Baillarger regardait avec juste raison comme inhérent à l'hallucination sensorielle.

Enfin, dans une dernière catégorie, plus particulièrement intéressante au point de vue de la délimitation de l'hallucination auditive, prennent place les phénomènes très spéciaux que j'ai étudiés sous le nom d'hallucinations verbales motrices, et que Kandinsky, d'ailleurs comme je l'avais fait moi-même, distingue des précédents, alors qu'ils se trouvaient confondus avec eux par d'autres auteurs sous le nom de fausses hallucinations (Michéa) ou d'hallucinations psychiques (Baillarger).

II

Notions fournies par l'observation clinique.

ANALYSE CLINIQUE DES CARACTÈRES INTRINSÈQUES DES HALLUCINATIONS AUDITIVES, RELATIFS A LEUR CONTENU, LEUR POINT DE DÉPART, LEUR LOCALISATION SENSORIELLE, LEUR COMPLEXITÉ. — HALLUCINATIONS ÉLÉMENTAIRES, COMMUNES, VERBALES. — HALLUCINATIONS PÉRIPHÉRIQUES, OBJECTIVES ET SUBJECTIVES, DIRECTES ET RÉFLEXES ; HALLUCINATIONS CENTRALES ; ILLUSIONS ET HALLUCINATIONS. — HALLUCINATIONS UNILATÉRALES, BILATÉRALES DE MÊME CARACTÈRE, OU DE CARACTÈRE DIFFÉRENT, SUIVANT LE CÔTÉ AFFECTÉ. — ASSOCIATIONS ET COMBINAISONS HALLUCINATOIRES.

L'hallucination de l'ouïe est un phénomène qui est loin d'être toujours identique à lui-même, s'agit-il du même malade. Aussi, est-il indispensable de passer tout d'abord en revue les différentes variétés d'hallucinations de l'ouïe que l'analyse clinique permet de distinguer. Sans nous occuper de leur rapport avec telle ou telle forme de troubles intellectuels auxquels elles peuvent faire cortège, ce qui nous paraît inutile pour l'objet de la discussion, nous nous contenterons de les examiner en elles-mêmes, d'après leurs caractères intrinsèques, en passant en revue successivement leur contenu, leur point de départ, leur localisation sensorielle, leur degré de complexité.

I. — A l'état normal, les perceptions qui succèdent à une impression auditive sont multiples. On les distingue d'ordinaire en trois catégories.

Il y a d'abord la *perception auditive brute*, qui permet de percevoir un son avec tous ses caractères généraux : intensité, timbre, hauteur. Mais le son est perçu en tant que son, rien de plus.

Un degré plus parfait constitue la *perception auditive différenciée;* le son perçu est alors mis en rapport avec l'idée de l'objet qui le produit. Il éveille dans l'esprit l'idée de l'objet particulier auquel on l'attribue.

Vient enfin la *perception auditive verbale,* dans laquelle le mot prononcé à notre oreille est perçu non seulement comme son, ou assemblage de sons, mais comme sons différenciés en rapport avec l'idée de l'objet auquel il s'applique.

Ces divisions, qui sont couramment admises, peuvent nous permettre d'établir une classification correspondante des hallucinations de l'ouïe d'après leur contenu.

La pathologie nous a déjà prouvé que chacune des trois formes de perception des sons pouvait être altérée isolément. On a distingué ainsi la *surdité corticale* caractérisée par la perte de la perception auditive brute ; — la *surdité psychique,* qui fait perdre la faculté de rapporter un son à l'objet qui le produit : les sons sont perçus, mais non différenciés ; leur signification n'est pas comprise, pas plus que celle des mots ; — enfin la *surdité verbale* ou perte de l'audition des mots en tant qu'ils expriment l'idée d'un objet.

Des distinctions parallèles (sinon absolument identiques) peuvent être appliquées aux hallucinations de l'ouïe.

La simple analyse clinique les indique d'ailleurs tout naturellement ; et les malades eux-mêmes s'expriment de façons diverses sur le coutenu de leurs hallucinations.

Il en est qui disent entendre des sons, de simples bruits de nature indécise qu'ils traduisent par des onomatopées ou jugent par comparaison.

D'autres perçoivent des sons bien différenciés qu'ils rapportent aux objets qu'ils croient les produire.

D'autres, enfin, entendent des voix articulant des mots qui représentent des idées diverses, mais déterminées.

Nous pouvons donc admettre :

Des hallucinations auditives *élémentaires* en rapport avec la perception de sons bruts, indéfinis ;

Des hallucinations auditives *communes* lorsqu'il s'agit de

bruits différenciés, rapportés à des objets déterminés (*Perceptions phantasmen* de Kræpelin);

Enfin, des hallucinations auditives *verbales* alors que les malades entendent des mots représentant des idées.

II. — Ces diverses formes d'hallucinations peuvent d'ailleurs avoir des points de départ différents.

A cet égard, on a aujourd'hui l'habitude de les distinguer en *hallucinations périphériques* et *hallucinations centrales.*

Les hallucinations périphériques sont celles dans lesquelles le processus hallucinatoire reconnaît à son origine une excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel correspondant.

La cause première de cette excitation peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même, ou se trouver en dehors du sujet, dans le monde extérieur. D'où la division des hallucinations périphériques en hallucinations périphériques *objectives* et hallucinations périphériques *subjectives.*

Ce n'est pas tout : une dernière distinction s'impose. Qu'il s'agisse d'hallucinations périphériques objectives ou subjectives, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination, ou sur un appareil sensoriel différent. Ces hallucinations peuvent être ainsi distinguées en *directes* et *indirectes ou réflexes* (Kahlbaum).

A) *Hallucinations auditives périphériques objectives directes.* — Ces hallucinations auditives reconnaissent comme point de départ une excitation de l'appareil auditif, venue de l'extérieur. Ce caractère est d'ailleurs indépendant du contenu même des hallucinations, et s'applique aussi bien aux hallucinations élémentaires et communes qu'aux hallucinations verbales.

Ces faits d'hallucinations sont très importants à connaître et à analyser, car c'est surtout à leur propos que se pose la distinction de l'illusion et de l'hallucination.

Voici un exemple très simple. J'examinais un jour une malade de la Salpêtrière dans le cabinet du médecin. Pendant

l'interrogatoire, un élève du service sort, en fermant la porte assez bruyamment. La malade tressaute, écoute tout étonnée et se retournant vers moi me dit : « Que veut donc dire M. X... ? — Comment cela ? — Tout à l'heure, en fermant la porte, je l'ai entendu très distinctement m'appeler « vieille pouilleuse ».

Qui n'a remarqué de même, au cours d'un interrogatoire, l'apparition d'hallucinations auditives de mots prononcés par des interlocuteurs imaginaires, à l'occasion des questions que l'on pose aux malades (questions d'ailleurs correctement perçues), et sans aucun rapport logique avec cette question? Bien que plus complexe au point de vue psychologique, ce fait n'en est pas moins comparable au précédent en ce qui concerne le point de départ de l'hallucination, se rattachant à une impression auditive réelle.

Si simples que ces faits paraissent, il est toujours bon de les analyser attentivement, car on pourrait être induit en erreur.

Ainsi une jeune malade dit converser avec les oiseaux; lorsqu'elle sort dans le jardin, leurs cris lui disent par exemple : « Tiens, voilà la petite jeune fille ». Est-ce là une hallucination comparable à celle de l'exemple précédent? En aucune façon. Interrogée de plus près, la malade déclare ne pas entendre réellement les mots, mais elle se figure simplement que telle est la signification des cris des oiseaux. Ce n'est donc point une hallucination, mais la traduction d'un bruit réel nettement perçu en lui-même, en un mot une simple interprétation.

Autre exemple :

Une dame, persécutée, très hallucinée, se croyait poursuivie par une bande d'individus qui se réunissaient depuis quelque temps chez sa voisine. Elle disait alors les entendre parler à travers les murs, percevoir un bourdonnement de voix nombreuses quelquefois confuses, souvent très distinctes. Or, d'après la mère de cette malade, elle n'a cette idée que depuis l'installation chez sa voisine d'une machine à coudre : et sa fille ne se plaint d'entendre ses persécuteurs réunis chez la voisine que lorsque fonctionne la machine à coudre. Mais jamais la malade

n'a voulu convenir de la nature exacte du bruit qu'elle entendait.

Si comparable que paraisse ce fait avec le premier cité, il en diffère cependant en ce qu'ici le bruit, qui détermine l'apparition des voix, n'est pas perçu de son côté tout d'abord et comme signal des voix : il devient lui-même voix.

Par là, ce fait se rapproche de ceux que l'on désigne couramment sous le nom d'illusions de l'ouïe, tel le suivant, dans lequel un persécuté, rencontrant des enfants qui s'appelaient en disant « à l'école », prétend qu'ils ont crié « il a des cornes ».

Pour mettre mieux en lumière la différence avec les faits typiques indiqués tout d'abord, je citerai un nouvel exemple de ces derniers.

J'examinais un jour au laboratoire de la Salpêtrière une persécutée au point de vue des réactions plethismographiques. Or au moment où je mis en marche un métronome adapté à l'appareil, la malade, jusque là très tranquille, déclare que ses ennemis se mettent à l'injurier en scandant leurs paroles sur chaque battement du métronome. Mais les deux faits de perception restent distincts. Les battements du métronome sont perçus d'un côté avec leur caractère exact, ils sont simplement accompagnés de la perception de syllabes prononcées en mesure par des interlocuteurs imaginaires, et aussi nettes qu'eux pour la malade.

Les deux perceptions sont aussi distinctes que celles qui se produisent chez les musiciens qui jouent une mélodie en s'aidant d'un métronome pour la rythmer exactement, sans confondre les sons de l'instrument avec les bruits du métronome.

Les faits de ce genre sont ceux qui nous paraissent le plus typiques ; et, d'après l'analyse et la comparaison des cas qui précèdent, pour qu'il y ait vraiment hallucination périphérique objective, il faut deux conditions : 1° que le bruit réel qui provoque l'hallucination ne fasse que se juxtaposer sans se confondre avec elle ; 2° que les images qu'il réveille soient exteriorisées sous forme de perceptions hallucinatoires.

B) *Hallucinations auditives périphériques objectives réflexes.* — Ces hallucinations diffèrent seulement des précédentes en ce que l'impression ou la perception initiale, au lieu d'être auditive comme l'hallucination subséquente, intéresse un autre sens, la vue par exemple.

Un homme, dit M. Ball, sujet à des hallucinations auditives demeure parfaitement tranquille dans l'obscurité ; dès qu'on apporte des lumières, des paroles grossières viennent frapper son oreille.

« Dans la rue des Batignolles, j'ai croisé un homme à cheveux gris et en passant le long de moi, je l'entends dire : « Vieux chameau »... Rue Nollet, je vois de l'autre côté du trottoir un gamin jouant à la toupie et aussitôt j'entends deux fois de suite « tas de canailles », on aurait dit que c'était lui qui le disait ».

C) *Hallucinations auditives périphériques subjectives directes.* — Le point de départ de ces hallucinations, au lieu d'être comme tout à l'heure une impression venant du monde extérieur, est une sensation subjective de l'ouïe. L'hallucination auditive est précédée et provoquée par des bruits auriculaires divers, sifflements, bourdonnements, etc... Il n'est pas rare, en pareil cas, de constater des troubles fonctionnels ou même des lésions matérielles de l'appareil auditif.

Rappelons à ce propos que l'on a pu provoquer la perception hallucinatoire de bruits, de mots et même de phrases par l'électrisation du nerf auditif (Jolly, Chvostek).

C'est surtout dans le domaine des hallucinations auditives dites unilatérales que se rencontrent des exemples de cette catégorie. La sensation subjective n'existe que dans une seule oreille, à laquelle se trouve rapportée l'hallucination subséquente.

Mais, il ne suffit pas qu'un malade déclare « entendre des voix » à la suite de sensations subjectives, pour en conclure qu'il a des hallucinations de l'ouïe. Ainsi, dans les cas précédents, la sensation subjective peut être simplement interprétée, perçue sous forme d'illusion, suivie d'une pseudo-hallucination (non

extériorisée) ou d'une hallucination verbale motrice, tout aussi bien que d'une hallucination auditive vraie.

Quand on étudie le mécanisme des hallucinations, ces détails analytiques prennent tout de suite une certaine importance, et il est regrettable de trouver la plupart des observations muettes à cet égard. Il en existe cependant quelques-unes qui montrent bien que ces distinctions, pour subtiles qu'elles puissent paraître, sont réellement fournies par les cas cliniques eux-mêmes.

Je me contenterai, à titre d'exemple, de rappeler un fait très soigneusement analysé par M. Régis.

« A l'état ordinaire, surtout dans le silence, le malade a constamment dans l'oreille gauche la sensation d'un sifflement continu, analogue au bruit « d'un fruit qui cuit », « d'une effervescence pas bien vive ». Or, ce sifflement est intimement lié à sa pensée, dont il suit les diverses fluctuations, se *modulant* pour ainsi dire sur elle, la reproduisant en quelque sorte objectivement, chantant l'air et *comme* les paroles, s'il vient à chanter mentalement. Il ne peut pas interrompre ce bruit, mais il peut l'accentuer s'il concentre fortement son attention, et l'atténuer s'il bouche l'oreille saine. Sa conviction est que « sa pensée se résout en un sifflement », s'échappe par un sifflement et est entendue au dehors »... A ce moment, ajoute M. Régis, « on constate très visiblement que ses lèvres remuent et se livrent à des mouvements d'articulation muette ».

Le malade, croyant que « sa pensée se résout en sifflement » pour être entendue au dehors, a-t-il réellement une hallucination verbale auditive à point de départ subjectif, auriculaire. Si évident que cela semble au premier abord, cela n'est cependant pas, si l'on se reporte aux détails précis de l'observation. D'ailleurs, M. Régis note lui-même expressément « que son malade n'a jamais eu d'hallucinations psycho-sensorielles, au moins complètes »; et c'est, à mon avis, à juste titre qu'il interprète les phénomènes relatés ci-dessus comme des hallucinations verbales motrices complexes, provoquées par une sensation auriculaire snbjective à laquelle elles restent étroitement associées et qui leur sert d'explication dans l'esprit du malade.

D) *Hallucinations auditives périphériques subjectives réflexes.* — Le point de départ, tout en restant subjectif, n'est plus auriculaire.

J'examinais un jour une persécutée au point de vue des temps de réaction. A chaque attouchement de la peau, elle entendait distinctement le mot « araignée ».

On a observé des faits analogues chez des individus en pleine santé. Muller nous apprend que le célèbre micrographe Henle présentait cette particularité individuelle qu'en se passant légèrement le doigt sur la joue, il excitait un bruissement dans l'oreille. M. Ball dit avoir constaté le même phénomène chez un de ses élèves, mais chez ce jeune homme il n'existait que d'un seul côté.

M. Féré a publié un cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe coïncidant avec une névralgie du trijumeau, avec éruption de zona sur certaines branches du nerf.

Voici d'ailleurs une observation de M. Magnan, des plus intéressantes en l'espèce, où l'on retrouvera des exemples relatifs aux faits divers que nous venons de passer en revue :

« Ce que les hallucinations de l'ouïe chez cette malade présentent de singulièrement remarquable, c'est qu'elles peuvent être éveillées par toute excitation portée sur les organes des sens ou de la sensibilité générale.

« Lorsqu'elle regarde quelqu'un ou quelque chose, une voix décrit chacun des détails que sa vue remarque. Si elle observe une personne, la voix dit : « Il est grand, sa bouche est moyenne, ses cheveux sont noirs, sa barbe longue, etc... ». Lorsqu'on lui présente du papier blanc, la voix dit : « Le papier est blanc ». Apercevant dans la salle un militaire porteur d'épaulettes, aussitôt elle s'écrie : « Tiens ! la voix dit rouge, épaulettes rouges », puis regardant la ceinture, elle ajoute : « La voix dit noir, ceinturon noir ». Quand elle lit, la voix répète chaque phrase de la lecture.

« Le timbre de la pendule, le grondement du tonnerre, le roulement d'une voiture, scandent des paroles. Tantôt c'est un salut : « Bonjour, Robertin ; bonjour, Leocadie ! » ; tantôt un com-

pliment. Des bruits de pas récitent des prières. Lorsqu'elle croque du sucre, quand elle mange un biscuit qu'on vient de lui donner, la voix s'écrie, suivant le rythme des mouvements maxillaires : « Il faut remercier ». Lui fait-on goûter diverses substances, à chacune d'elles elle entend dire, suivant la saveur exacte de la substance : « sucré, salé, amer, etc... »

« Il en est de même pour l'odorat. Ici, cependant, il s'est produit un fait curieux : comme on lui présentait un flacon de camphre : « C'est une odeur que je connais », dit-elle hésitante, puis tout à coup : « La voix dit camphre ! » et *un instant* après, elle reprend : « En effet c'est du camphre ! »

« Un simple choc, un attouchement, un pincement de la peau font aussitôt parler la voix. Dans le jardin, le vent qui lui souffle sur le visage » apporte » la voix. Quand elle éprouve une douleur, un malaise, une colique, la voix lui indique le siège du mal.

« Les représentations mentales agissent comme les excitations sensitivo-sensorielles. Nous avons vu les souvenirs de sa vie passée répétés par la voix ; de même quand elle songe, par exemple, aux objets qu'elle a dans la poche, la voix les énumère et en donne la description.

« Ainsi les images visuelles, auditives, olfactives, gustatives, les sensations tactites, musculaires, etc... venant impressionner leurs centres respectifs, deviennent aussitôt des excitations suffisantes pour provoquer l'éclosion d'une image verbale dans le centre auditif. Cette image sort même automatiquement, avant que l'idéation ait pu se faire, que la représentation mentale correspondant, par exemple, à la synthèse « camphre » ait eu le temps de s'effectuer. Elle sent, elle voit, et aussitôt le mot *camphre* éclate à son oreille ; un *instant après* seulement s'opère la reconnaissance et le classement. Effet, sans doute, à la fois de l'éréthisme extrême du centre auditif et de la lenteur de certaines associations par affaiblissement de l'intelligence. »

E) *Hallucinations auditives centrales.* — Existe-t-il des hallucinations purement centrales, c'est-à-dire n'ayant comme point de départ aucune excitation périphérique objective ou

subjective ? Le fait est contesté. Nombre d'auteurs admettent que les hallucinations exigent toujours, pour se produire, une sensation venant mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux (Ball). « Dans la grande majorité des cas d'hallucination, il est impossible de prouver qu'il n'y ait pas la moindre parcelle d'action extérieure contribuant à produire l'effet. Il est même présumable qu'un grand nombre d'hallucinations, sinon toutes, ont pour base quelque fait. Ainsi l'aliéné qui projette au dehors ses pensées intérieures sous la forme de voix extérieure a peut-être, pour ce que nous en savons, été poussé en partie à le faire par de faibles impressions venues de l'oreille et résultant des stimulations légères auxquelles cet organe est toujours exposé, même au milieu d'un profond silence, et qui, chez lui, prennent une intensité exagérée. » (J. Sully).

La remarque est évidemment fondée. Mais bien qu'il soit difficile de démontrer absolument qu'une hallucination de l'ouïe ne soit pas la conséquence d'une impression réelle quelconque, il est des cas où cette dernière échappe à notre investigation et où l'hallucination peut être dite centrale.

L'existence de telles hallucinations n'a rien qui répugne à l'esprit. Si elle est difficile à prouver pour l'ouïe, on peut cependant conclure à sa réalité de ce qu'on observe pour la vue. L'existence d'hallucinations visuelles centrales paraît bien réelle, si l'on se reporte par exemple aux observations dans lesquelles on les voit faire cortège à des convulsions épileptiformes, et aussi aux faits si intéressants d'hallucinations hemiopiques homonymes. La clinique et l'expérimentation psychologique montrent aussi qu'il existe tout une catégorie d'hallucinations visuelles absolument différentes de celles qui reconnaissent une origine périphérique.

Les hallucinations auditives centrales peuvent dépendre de causes différentes.

Tantôt elles sont en rapport avec des lésions organiques diverses intéressant l'écorce cérébrale directement (tumeurs cérébrales, foyers de ramollissement...) ou indirectement (lésions des méninges, des os du crâne...).

Dans les cas où l'on ne soupçonne pas l'existence de lésions cérébrales, on peut quelquefois cependant invoquer d'une façon plausible l'action sur les éléments nerveux d'agents toxiques ou infectieux (délires toxiques, infectieux) ou de troubles de la nutrition (psychoses asthéniques). Mais bien des fois aussi ces hypothèses même font défaut. On reste dans l'ignorance la plus complète du trouble pathologique qui détermine l'hallucination centrale ; et l'on est forcé de se rejeter sur l'intervention de causes psychiques, que l'hallucination soit le produit de l'automatisme cérébral, ou encore l'aboutissant extrême d'un système d'idées délirantes (Hallucinations d'origine intellectuelle).

Pour terminer ce chapitre, nous attirerons l'attention sur un dernier point.

Dans l'énumération précédente, figurent des faits qui seraient désignés, suivant les auteurs, tantôt sous le nom d'illusions, tantôt sous le nom d'hallucinations.

La limite, en effet, est bien difficile à tracer et bien des opinions ont cours à ce sujet.

Il y a d'abord l'ancienne division, telle que l'a établie Esquirol, d'après laquelle toute perception pathologique ayant un point de départ réel serait une illusion.

Aujourd'hui, bien que l'on continue encore à parler d'illusions et d'hallucinations, leur distinction ne repose pas sur le même principe ; et d'ailleurs, il y a bien des manières de voir différentes à cet égard.

L'opinion la plus courante, c'est que tous les phénomènes de perception pathologique, quels qu'ils soient, ayant un point de départ objectif, sont des illusions. Du moment que le point de départ est subjectif, vînt-il de la périphérie, on a affaire à une hallucination (Tamburini).

D'autres auteurs étendent ou restreignent beaucoup plus le domaine de l'hallucination.

Pour les uns, M. Binet par exemple, le terme illusion ne doit désigner que les erreurs sensorielles physiologiques ; et l'erreur sensorielle pathologique est une véritable hallucination.

Par suite, les hallucinations périphériques objectives ou subjectives deviennent un chapitre important de l'hallucination.

Inversement, d'autres auteurs n'admettent comme véritables hallucinations que celles d'origine centrale ; les autres, périphériques objectives ou subjectives, n'étant que des illusions (Koch).

Il en est même qui vont encore plus loin, et pensent que bien des hallucinations dites centrales ne sont en réalité que des illusions (Joffroy).

A quelle opinion se ranger ? Il me semble évident que les phénomènes distingués sous les noms d'illusions et d'hallucinations n'offrent vraiment pas au fond de différence de nature, et ne sont que des variétés d'un même trouble pathologique. Aussi leur délimitation est-elle extrêmement délicate, surtout pour l'ouïe.

« La distinction entre l'illusion auditive et l'hallucination auditive est particulièrement difficile, parce qu'en général on ne sait pas au juste si on a entendu réellement un son : l'acoustique des maisons est mal connue et l'origine des sons est difficile à contrôler, puisqu'ils se transmettent à travers des obstacles qui ferment la vue. Si on a si souvent l'hallucination de s'entendre appeler par son nom, c'est parce que chacun instinctivement s'attend à ce qu'on l'appelle et est prêt à répondre. »

Aussi, *en théorie*, peut-on légitimement faire rentrer les illusions dans le cadre général des hallucinations, à la condition qu'elles figurent dans une classe à part, celle des hallucinations périphériques.

Néanmoins, les perceptions pathologiques qui succèdent à une impression périphérique, objective ou subjective, n'étant pas toutes absolument identiques, comme le prouvent quelques exemples cités plus haut, il y aurait peut-être intérêt, *en pratique*, à conserver pour elles l'ancienne division des illusions et des hallucinations.

Les différentes hallucinations que nous venons de passer en revue offrent-elles des caractères, en rapport avec leur point de départ, et permettant de les distinguer entre elles ?

Cette recherche a été tentée déjà en ce qui concerne les hallucinations visuelles.

Ainsi M. Binet admet que les hallucinations visuelles produites par une cause objective sont fixes dans l'espace, dédoublées par la pression oculaire, déviées par le prisme, supprimées par l'occlusion des yeux ou un écran, bilatérales, ne suivant pas le regard. — Les hallucinations produites par une sensation subjective se déplacent avec le regard, sont unilatérales à l'occasion, et manquent des autres caractères ci-dessus indiqués. Dans les hallucinations d'origine centrale, on noterait l'absence de tous les caractères positifs déjà énumérés.

Parallèlement, les hallucinations auditives offrent-elles des caractères analogues ? La plupart des observations manquent de renseignements à cet égard. D'ailleurs, ces caractères sont de constatation beaucoup plus difficile que pour la vue ; et il faut toujours tenir compte de l'élément intellectuel, qui entre en jeu dans l'hallucination de l'ouïe beaucoup plus que dans celle de la vue. Les indications que l'on serait tenté de rechercher dans certaines habitudes des hallucinés de l'ouïe sont bien contradictoires. On voit souvent des malades se boucher les oreilles par divers procédés, espérant ainsi se soustraire à leurs hallucinations. Théoriquement cette pratique devrait supprimer les hallucinations de cause objective et rester inefficace contre celles de cause subjective. Or, il n'en est rien. Chez certains malades ayant des hallucinations centrales ou périphériques subjectives, l'occlusion des oreilles fait cesser quelquefois l'hallucination, ou plus souvent l'atténue. Elle perd alors son caractère d'extériorisation et se transforme en pseudo-hallucination. Il est vrai que l'on peut toujours en pareil cas invoquer l'action d'un élément objectif indéfini dont la non existence est bien difficile à prouver. Dans les hallucinations de cause objective, c'est souvent à cette dernière que le malade s'en prend pour agir sur ses hallucinations.

Une persécutée entend le tic-tac de sa pendule répéter le mot « coquine, coquine ». Aussi arrête-t-elle le mouvement de toutes les pendules et les place-t-elle dans les positions les plus invraisemblables pour les réduire au silence.

Il semble que ce soit là une preuve évidente de l'action d'une cause objective.

Mais il est bon de rappeler qu'en pareil cas les malades peuvent obtenir un résultat identique par un procédé tout autre.

Aussi une dame, également injuriée par sa pendule, l'a fait taire en maintenant auprès d'elle des bougies allumées, parce qu'elles remédient « au froid que les ennemis jettent sur le balancier ».

Hammond a rapporté le cas d'un homme qui entendait de l'oreille *gauche* des mots et des phrases pendant le tic-tac de la pendule. L'acuité auditive des deux oreilles était égale. S'il fermait l'oreille *droite*, les hallucinations disparaissaient.

Ces derniers exemples nous montrent l'importance de l'élément intellectuel dans l'hallucination de l'ouïe, alors même qu'elle est provoquée par une sensation auditive réelle.

III. — L'hallucination auditive, quelle que soit celle des variétés précédentes à laquelle elle appartienne, doit encore être envisagée à un autre point de vue, que j'appellerai, faute de mieux, la localisation sensorielle.

(Je laisse de côté en ce moment la localisation dans le monde extérieur.)

Les bruits, les paroles que l'halluciné dit entendre peuvent être perçus par les deux oreilles, comme dans l'audition normale. L'hallucination est *bilatérale*.

D'autres fois, la perception hallucinatoire n'intéresse, au dire des sujets, qu'une des moitiés symétriques du sens de l'ouïe, elle ne se fait que par une seule oreille. C'est l'hallucination *unilatérale* ou *dédoublée* de Michéa.

Cette unilatéralité présente d'ordinaire, mais pas toujours, un caractère remarquable. Je rappellerai que ces hallucinations unilatérales ont souvent un point de départ périphérique subjectif, se rattachant quelquefois à des lésions matérielles de l'oreille. Or, la perception de l'objet imaginaire peut différer de celle des

objets réels. Cette dernière conserve, autant que l'état des organes sensoriels le permet, sa forme naturelle c'est-à-dire bilatérale, tandis que la perception hallucinatoire prend la forme unilatérale, ordinairement du côté de l'appareil sensoriel atteint dans son fonctionnement. Si bien qu'un halluciné de ce genre, sourd d'une oreille, pourra entendre les bruits réels du côté sain, et les bruits hallucinatoires du côté où il est sourd.

Enfin, il est d'autres cas que l'on peut rapprocher des hallucinations unilatérales ; ce sont ceux dans lesquels il s'agit d'hallucinations bilatérales, mais de caractère opposé suivant le côté affecté. Par exemple, un malade entendra des injures par une oreille, tandis que du côté opposé il entendra des paroles élogieuses ou consolantes.

On a signalé certains cas un peu différents qu'il n'est pas inutile de rappeler ici au point de vue de l'interprétation du phénomène. Ce sont ceux dans lesquels les hallucinations ne diffèrent que par le timbre des bruits ou des voix entendus dans chaque oreille. On a noté alors des altérations dans une seule oreille. Dans ces hallucinations, d'origine périphérique, les deux sons perçus en même temps ne vibrant plus à l'unisson paraissent doubles et entraînent ainsi le dédoublement de l'hallucination (Mairet). C'est un mécanisme analogue à celui qui produit le dédoublement de l'hallucination visuelle par la pression oculaire.

IV. — Jusqu'ici nous n'avons envisagé que l'hallucination auditive pure, à l'état de simplicité parfaite.

Mais il est des cas plus complexes. Alors l'hallucination auditive ne constitue plus qu'un élément d'un épisode hallucinatoire, à titre d'*association* ou de *combinaison*.

A) *Associations hallucinatoires.* — Les hallucinations associées sont celles qui, tout en différant de siège et d'objet, ont un lien *direct* entr'elles, et, bien que *différentes*, peuvent s'évoquer et s'associer réciproquement.

Ces associations peuvent se faire de différentes manières : entre hallucinations communes ; entre hallucinations communes et verbales ; entre hallucinations verbales.

Voici un exemple d'hallucinations communes associées entre elles. Une de nos malades nous dit avoir entendu un gros boum, et de suite après, avoir senti des odeurs d'eau croupie ; ce que nous pouvons traduire en disant qu'elle a eu une hallucination auditive élémentaire et une hallucination de l'odorat qu'elle spécifie et rapporte à un objet déterminé. Or, ces deux hallucinations, qui d'une part n'ont pas trait au même objet, ont d'autre part entre elles plus qu'un rapport de simple coexistence : elles sont associées entre elles ; et dans l'esprit de la malade, l'une est comme le signal de l'autre.

Autre exemple : Le vendredi à 7 heures du matin, dit la malade, j'entends une espèce de boum. On aurait dit, monsieur, que ce boum venait sur le toit, aussitôt on s'est mis à scier du bois très fort et j'ai senti l'odeur de la pisse de chat.

Ici, en plus de l'hallucination auditive élémentaire, il y a une hallucination auditive commune, rapportée à un objet déterminé, et provoquant l'hallucination olfactive également spécifiée par la malade. Il s'agit, dans ce cas, d'une sorte d'association d'idées différentes, réveillées par l'une quelconque de leurs images respectives, devenant assez vive pour s'extérioriser sous la forme hallucinatoire.

Mais, ce qu'il importe bien de spécifier afin d'établir une distinction avec des cas que nous verrons plus loin, *c'est que les images hallucinatoires ont trait chacune à des objets différents.*

Et cela est si vrai, que dans certains cas ces hallucinations communes associées peuvent être de sens opposé, antagonistes.

D'autres fois, il s'agit d'hallucinations communes associées à des hallucinations verbales.

On peut dire d'une façon générale que tous les modes d'association de ces diverses hallucinations sont possibles et même ont été observés en clinique. Je me contenterai de rappeler

qu'on peut les diviser en deux catégories, suivant que les hallucinations intéressent le même sens ou des sens différents.

Voici un fait d'hallucinations auditives, communes et verbales, associées.

« Dimanche 22, vers 8 heures du soir, j'entends comme un miaulement de chat et ensuite parler beaucoup et vite « ce soir, il y aura une grande représentation » et aussitôt « cococotte, cococotte » ; je ne me souviens plus si on a fini par « cocorico » comme le chant du coq. »

Dans le cas suivant, les hallucinations communes et verbales ont une localisation sensorielle différente :

« Je voyais dans ma chambre un gros loulou noir descendre d'une espèce de brouette au pied de mon lit ; puis derrière plusieurs personnes, et un individu parlant beaucoup ; je l'ai entendu dire plusieurs fois de suite « il faut aller au cimetière ».

Sans m'attarder à citer de nombreux exemples analogues, je me contenterai d'un seul, où les associations hallucinatoires sont très nombreuses.

« Pendant vingt minutes, raconte une malade, *j'entends* mes meubles craquer (hall. auditive élémentaire). Un peu après, je *vois* dans une grande clarté Satan avec ses cornes (hall. visuelle commune) agissant et disant comme une vraie voix (hall. verbale auditive) : « Je retournerai ton corps de telle manière que « tu feras ce que tu ne veux pas faire ». Je ne puis vous dire ouvertement ce que j'ai ressenti alors et que vous comprenez bien sans doute (hall. génitale), puis j'ai senti comme une grosseur à l'entrée de la matrice et de grandes secousses dans le ventre (tr. de la sensibilité générale). »

Enfin, les associations se font entre hallucinations verbales.

Ces hallucinations verbales peuvent être toutes de même nature, auditives par exemple.

C'est le cas des malades, par exemple, qui, au lieu de mots ou de phrases isolés, entendent leurs voix tenir une véritable conversation.

Tantôt cette conversation se fait dans le même sens, ou

bien les voix sont dialoguées et s'opposent pour ainsi dire l'une à l'autre. C'est ce que Morel avait appelé la *double voix*. Dans un mémoire sur l'antagonisme des idées délirantes, nous avons rapporté de nombreux exemples de cette catégorie. Dans la majorité des cas, la malade perçoit par les deux oreilles toutes les hallucinations, fussent-elles antagonistes.

Une persécutée entend « des femmes de persécution, méchantes et ignorantes, qui l'appellent salope, coquine, putain » et il y en a d'autres qui la consolent, lui disant de ne pas les écouter, de ne pas faire attention.

Il est d'autres cas, plus rares, où les hallucinations antagonistes se cantonnent dans une oreille, chacune de leur côté.

Une malade entend les voix de deux esprits qui lui parlent: le bon esprit lui parle du côté droit, lui donne de bons conseils, l'exhorte au bien, etc... Sa voix ressemble, comme timbre, à celle de son fils. Le mauvais esprit lui dit du côté gauche tout le contraire de l'autre, l'engage à mal faire, à détester ses enfants, etc., etc., sa voix ressemble à celle de sa fille.

L'antagonisme n'existe pas seulement entre hallucinations verbales de même nature, mais il peut s'établir entre hallucinations verbales, motrices et auditives.

J'ai déjà publié le cas d'une persécutée chez laquelle « l'attaque », se produisait par l'intermédiaire des hallucinations verbales auditives, les motrices représentant le côté défense.

Une autre est poursuivie par les Injecteurs qui lui disent à l'oreillé toutes sortes d'injures. Mais une petite voix intérieure qui part de l'estomac la met en garde en lui disant par exemple : « On cherche à t'empoisonner, ma mère ». Cette petite voix lui fait remuer la langue et ouvrir les lèvres : elle comprend aux mouvements de la langue.

Il s'agit dans ces cas d'hallucinations verbales diverses, non seulement coexistantes, mais reliées entre elles par des associations directes et présentant ce caractère capital, que chacune d'elles a trait à des mots ou phrases *différentes*, de même que les hallucinations communes associées avaient trait chacune à des idées différentes.

B) *Combinaisons hallucinatoires.* — Dans les cas suivants il ne s'agit plus d'associations entre hallucinations ayant trait à des choses ou des phrases différentes, mais de véritables combinaisons hallucinatoires relatives à un *même* objet, aux *mêmes* paroles.

On peut admettre, en effet, en clinique, qu'il n'y aura combinaison *proprement dite* qu'autant que les hallucinations sont de même nature, soit communes, soit verbales. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir combinaison entre hallucinations communes et verbales, lorsqu'elles sont relatives à une même idée, puisque le mot n'est que le signe sensible de l'idée. Mais ces derniers cas sont souvent difficiles à distinguer en clinique des hallucinations associées, par suite du manque de précision d'un des deux éléments.

Je n'insisterai pas sur les cas de combinaison entre hallucinations communes.

Une malade se plaint un jour d'avoir entendu chez elle trois détonations « comme des fusées de feu d'artifice et en même temps d'avoir senti le soufre ».

Des faits du même genre ne sont pas rares chez les persécutés à idées d'empoisonnement, qui trouvent à leurs aliments un goût et aussi une odeur particulière.

Il s'agit là d'hallucinations combinées en ce sens qu'elles n'ont trait qu'à un seul objet, dont elles intéressent en même temps plusieurs images constitutives différentes.

Elles se distinguent ainsi des hallucinations communes isolées, qui ne font que réveiller l'idée d'un objet en intéressant seulement *une* quelconque de ses images ; et, d'un autre côté, des hallucinations communes associées intéressant bien plusieurs images, mais relatives chacune à des objets différents.

Mais c'est surtout dans le domaine des hallucinations verbales que se rencontrent ces combinaisons hallucinatoires.

Les hallucinations verbales combinées sont celles dans lesquelles le malade perçoit *un même mot* ou *une même phrase* en même temps à l'aide de plusieurs images verbales, revêtant la

forme hallucinatoire, et c'est ainsi qu'elles se distinguent des cas que nous avons examinés tout à l'heure.

Les plus fréquentes sont celles qui résultent de la mise en jeu des deux images, auditive et motrice d'articulation.

Dans les cas d'hallucinations verbales auditives et motrices combinées, il y a lieu de distinguer plusieurs variétés.

Dans différents travaux sur les hallucinations verbales, j'ai souvent fait remarquer que certains aliénés ayant des hallucinations motrices, entendaient cependant réellement; et cette considération m'avait amené à diviser ces hallucinations en hallucinations verbales motrices pures et en hallucinations motrices comprenant en même temps un élément sensoriel, étant ainsi à la fois et dans des proportions diverses auditives verbales et motrices.

J'ai insisté déjà à différentes reprises sur cette distinction et rapporté un certain nombre d'exemples à l'appui. Ce point particulier a été repris depuis d'une façon plus spéciale en Italie par Piéraccini.

Dans une observation de M. Charcot, un malade qui avait des voix intérieures et extérieures sentait sa langue se mouvoir malgré lui au moment où parlait la voix intérieure. Or, le malade, en même temps que sa langue remuait, entendait sa voix intérieure qui avait moins de timbre que l'extérieure.

M. Régis a rapporté aussi deux observations analogues.

Chez une de mes malades, la voix épigastrique résonne aussi à l'oreille : un jour qu'elle allait communier, la voix épigastrique a dit « grosse saleté » et en même temps elle l'a entendue.

Un autre disait que « sa voix labiale retentit à l'oreille comme une voix chuchotée ».

Chez une autre, les voix intérieures se répercutent parfois jusque dans l'oreille et alors c'est, dit-elle, comme une voix pincharde », mais elles sont toujours en elle.

Il n'est pas toujours facile de déterminer laquelle des deux images hallucinatoires entraîne la mise en jeu de l'autre. Étant donné la prépondérance naturelle de l'image auditive, on pourrait supposer *a priori* que c'est par elle que débute le processus

hallucinatoire. Mais les faits pathologiques ne semblent pas toujours justifier cette manière de voir.

Souvent, en effet, il semble que ce soit l'image motrice qui réveille l'image auditive. En tout cas, cette dernière est moins nette ; le malade la distingue parfaitement des images analogues se rattachant à des hallucinations auditives vraies ; souvent même elle reste à l'état de pseudo-hallucination (dans le sens attribué à ce terme par Kandinsky).

Il est d'autres faits où le processus hallucinatoire paraît suivre une marche inverse.

Entr'autres exemples, je citerai le cas d'une malade de M. Breitman que des voix tourmentent en la forçant d'employer des mots grossiers. Les voix, d'hommes ou de femmes, lui dictent les paroles qu'elle ne peut se retenir de répéter.

Les faits de ce dernier genre constituent comme une sorte *d'écholalie hallucinatoire*.

Mais il est des cas plus compliqués. Le même auteur a rapporté aussi l'histoire d'une aliénée qui proférait des mots obscènes, parce que des voix venues à travers les murs le lui ordonnent et les lui soufflent à l'oreille. Quand cela la prend, elle sent sa langue qui se meut dans sa bouche malgré sa volonté. Des personnes méchantes la lui tirent par des fils invisibles et les mots partent malgré elle. De plus, non seulement on la force à dire les mots à haute voix, mais encore dès qu'elle les a prononcés, elle les entend répéter.

Ici l'hallucination comporte la combinaison de trois images verbales, une première image auditive qui, après avoir réveillé l'image motrice correspondante, réapparaît à nouveau sous l'action en retour de cette dernière.

Les cas d'hallucinations combinées des deux dernières catégories doivent être distingués des suivants qui peuvent être désignés du nom de *parole involontaire et inconsciente*.

Lorsqu'une pensée se formule à l'aide des images motrices d'articulation, les mouvements spéciaux qui en résultent peuvent être volontaires et conscients, c'est l'état normal ; ils peuvent être aussi involontaires et conscients, comme cela se produit dans

la plupart des cas d'hallucinations motrices ou d'impulsions verbales. Enfin, les mouvements déjà involontaires peuvent devenir en plus inconscients. Cela n'a rien de surprenant, lorsqu'il s'agit de mouvements peu accentués, comme chez certains hallucinés moteurs. Mais, fait le plus curieux, cette inconscience peut persister alors même que les mouvements sont assez intenses pour que la parole soit réellement articulée. Que la voix soit basse ou haute, elle a toujours assez de timbre pour pouvoir frapper l'oreille de l'observateur et du sujet lui-même. Celui-ci a une sensation auditive bien réelle, tout à fait différente des perceptions sensorielles des hallucinés ; alors il méconnaît sa propre voix, et attribue à d'autres personnes les paroles qu'il a prononcées lui-même et qui ont frappé son oreille.

Baillarger a cité un fait de ce genre et nous en avons rapporté nous-même un semblable, observé chez une jeune fille internée à la Salpêtrière. Elle se tient ainsi une conversation à elle-même, répondant à des personnages imaginaires qu'elle est persuadée avoir entendus alors qu'elle seule a parlé à haute voix sans en avoir aucune conscience. On a beau lui assurer qu'on a entendu sa voix, qu'on a vu ses lèvres remuer, elle se défend énergiquement d'avoir parlé autrement que pour répondre à ce qu'elle a entendu.

Ce phénomène est absolument semblable à un autre plus commun et mieux connu, l'écriture involontaire et inconsciente. Les considérations précédentes suffiront à le distinguer des hallucinations verbales motrices et auditives combinées.

Mais les combinaisons hallucinatoires ne se limitent pas aux images auditives, verbales et motrices d'articulation ; elles peuvent intéresser aussi les images visuelles des mots.

Une mélancolique que nous avons longtemps observée entendait des voix lui dire par l'oreille : « Maudite », et elle voyait alors ce mot écrit sur la porte ou le mur.

Il est des cas, d'ailleurs, dans lesquels l'hallucination verbale visuelle ne pourrait s'expliquer, si elle restait à l'état simple. Ce sont ceux dans lesquels le malade ne sait pas lire.

Pieraccini rapporte un fait relatif à une malade qui avait ainsi des hallucinations visuelles de caractères écrits, ayant la signification d'avertissements célestes qu'elle comprenait très bien ; cependant elle ne savait pas lire du tout, et ne connaissait que ses lettres.

Malgré les affirmations de la malade, disant que ce phénomène n'était accompagné d'aucune espèce de voix extérieure ou intérieure, l'auteur pense ne pouvoir l'expliquer qu'en admettant l'intervention simultanée d'autres images verbales, probablement les auditives. Si l'on veut admettre avec Wernicke, Lichtheim, etc., que les diverses fonctions du langage sont absolument subordonnées à celles du centre auditif verbal, cette explication est possible. Mais, en tout cas, elle n'est pas démontrée péremptoirement. Il est à remarquer, en effet, que cette malade avait d'autre part des hallucinations motrices. Dès lors, ne pourrait-on pas, dans ses hallucinations, admettre plutôt, comme cela existe chez certains malades, l'intervention de l'image motrice d'articulation, qui a avec l'image visuelle des rapports tout aussi étroits que l'image auditive (Ferrier). Ou bien, ce qui est plus probable, s'agissait-il d'une interprétation délirante banale, comme chez les malades qui ne savent pas écrire et qui attribuent cependant un sens aux caractères informes qu'ils tracent.

Parmi les hallucinations verbales, figure encore la variété graphique.

Les hallucinations graphiques, d'ailleurs moins fréquemment observées que les autres, n'ont guère été constatées à l'état simple. Dans un seul cas, que j'ai rapporté autre part, je n'ai pu saisir la combinaison d'autres images verbales hallucinatoires.

Dans tous les autres, les hallucinations graphiques se montrent à l'état de combinaisons ; ce qui n'a rien de surprenant, les images graphiques s'acquérant les dernières et étant ainsi sous la dépendance des autres images verbales.

Cette combinaison se fait quelquefois avec une hallucination verbale auditive, comme chez un malade de M. A. Marie, qui écrivait malgré lui sous la dictée de ses persécuteurs.

Je n'ai pas ici à m'occuper des autres variétés d'hallucinations verbales combinées.

III

Physiologie pathologique.

Les différentes théories de l'hallucination : théorie périphérique ou sensorielle, théorie de l'origine intellectuelle, théories psycho-sensorielles, théories physiologiques. — Rôle des centres corticaux dans la production de l'hallucination ; quelques faits anatomo-cliniques ; résumé de cette théorie.

La détermination de la genèse et du siège des hallucinations est sans contredit une des questions de la psychiatrie qui ont donné lieu aux discussions les plus nombreuses.

Je n'entreprendrai point d'énumérer, et encore moins de discuter, toutes les théories émises à cet égard.

Je me contenterai de rappeler que les différentes théories scientifiques de l'hallucination, considérées dans leurs lignes principales, abstraction faite des variations de détail introduites par chaque auteur, peuvent être réduites à quatre grandes catégories.

I. — Théorie de l'origine périphérique ou sensorielle. — D'après cette théorie, les hallucinations partiraient des appareils sensoriaux périphériques et reconnaîtraient comme cause première une irritation des expansions terminales des nerfs sensoriaux. C'est la théorie la plus ancienne, de Plater, Sauvages, Darwin, Poujol, etc...

II. — Théorie de l'origine intellectuelle (Esquirol, Leuret, Lelut, J.-P. Falret, Brière de Boismont, Delasiauve, Buchez

Peisse, Parchappe, Macario, Reil, Neumann, Griesinger, etc...). — L'hallucination s'accomplit indépendamment des sens ; c'est un phénomène d'ordre purement cérébral ou psychique, un simple fait d'idéation, le plus haut degré de la transformation sensoriale des idées (Lelut), le même phénomène de la représentation mentale ordinaire, porté à un degré de vivacité, de fixité tel qu'il réalise les conditions physiologiques et phsychiques de la sensation normale, et par conséquent, impose comme celle-ci au sujet la croyance à l'existence actuelle, réelle et extérieure de l'objet (Peisse).

III. — Théorie mixte ou psycho-sensorielle. — Cette théorie, beaucoup plus compliquée que les précédentes, présente de nombreuses différences suivant les auteurs. Laissant de côté les nuances particulières, on peut distinguer parmi ses partisans deux groupes principaux. Les uns admettent l'existence d'hallucinations d'origine périphérique et sensoriale, et d'hallucinations d'origine intellectuelle, centrale (Cullen, Foderé, Calmeil, Michéa et la plupart des auteurs modernes). Les autres regardent comme nécessaire à la production de toute hallucination proprement dite la double intervention de l'intelligence et des appareils sensoriels (Baillarger, Marcé, Motet, Morel, Ball, Descourtis, Dagonet, etc...).

Il est à remarquer d'ailleurs que le rôle des sens est envisagé d'une façon quelque peu différente. Tandis que pour certains, l'hallucination reconnaît à son origine une excitation de l'organe sensorial, pour les autres son intervention résulterait seulement de l'extériorisation de l'hallucination.

IV. — Théories physiologiques. — Elles s'appuient toutes sur l'existence dans la masse encéphalique de certains points où aboutissent les nerfs sensoriaux, qui y conduisent les impressions pour être transformés en perceptions. C'est de ces centres sensoriaux véritables que partiraient les hallucinations.

D'abord très vagues, ces théories ont pris de plus en plus de

précision avec les progrès de l'anatomie et de la physiologie cérébrales.

Très nombreuses, plus ou moins compliquées, elles peuvent, malgré des variations de détail, se classer encore en deux grands groupes, suivant la localisation attribuée aux centres sensoriels.

Dans le premier, le rôle principal est dévolu aux couches optiques, ou, d'une façon plus générale, aux centres sensoriels infra-corticaux.

Déjà en germe dans des écrits de Foville, Bergmann, Audiffrent, Hagen, Kahlbaum, Hoffmann, Leidesdorf, Wirchow, Jolly, etc..., cette théorie a pris avec les études de Luys, Ritti, Poincaré, Hammond, une forme plus précise sinon indiscutable. Elle repose en effet sur l'attribution aux couches optiques de fonctions sensorielles, opinion reconnue aujourd'hui inexacte.

Parmi les théories qui règnent actuellement dans la science, il en est qui ne diffèrent guère de la précédente que par l'attribution aux centres infra-corticaux, ganglionnaires, du rôle dévolu par Luys aux couches optiques (Schrœder van der Kolk, Krafft Ebing, Meynert, Kandinsky, Koch...).

Il m'est impossible d'examiner successivement en détail toutes ces théories avec les modifications introduites par chaque auteur. Ce serait sans nul doute une revue curieuse, mais peut être sans grande utilité. D'une façon générale, outre leur complication et le nombre considérable d'hypothèses qu'elles mettent en jeu malgré leur apparence d'exactitude physiologique, la principale objection que l'on peut faire à ces théories, c'est d'attribuer un rôle trop considérable aux centres infra-corticaux dans la production des hallucinations.

En admettant même que ce soient là des centres primaires d'élaboration des impressions sensorielles, il est impossible de placer directement sous leur dépendance toutes les hallucinations, même celles si complexes et si précises qu'on observe à chaque pas chez les aliénés.

D'ailleurs il n'est plus guère possible aujourd'hui d'admettre que ces centres constituent comme « une sorte de purgatoire »

(Soury) où devraient passer les impressions sensorielles avant de pénétrer dans l'écorce et d'y être perçues. Les recherches de von Monakow nous ont appris que pour la vision en particulier ils dégénèrent après l'ablation des territoires corticaux correspondants. On ne peut donc leur attribuer une activité propre, autonome et les considérer autrement que comme les principales stations ou relais sur la voie des courants sensoriels.

Les recherches expérimentales et les observations anatomo-cliniques obligent à placer plus haut, dans l'écorce, les centres proprement dits de perception.

C'est ce qui explique l'apparition d'une théorie, constituant le second groupe physiologique dont nous parlions tout à l'heure.

Déjà entrevue par quelques auteurs anciens (Michéa, Parchappe) qui plaçaient le siège de l'hallucination dans des centres indéterminés de l'écorce cérébrale, elle a trouvé un point d'appui solide dans les travaux relatifs aux localisations cérébrales.

Formulée pour la première fois avec précision par Tamburini, elle est aujourd'hui celle qui rallie le plus de partisans.

D'après cette théorie, l'hallucination résulte d'une excitation morbide des centres sensoriels de l'écorce, analogue à celle qui, pour les centres moteurs, produit l'épilepsie d'origine corticale. L'irritation qui, ici, détermine des convulsions, évoque là de fausses sensations, ressuscite des perceptions, des images qui, si l'intensité est suffisante, s'imposent à la conscience avec tous les caractères de la réalité extérieure. « Les hallucinations sont aux centres sensoriels et à leurs lésions ce que l'épilepsie est aux centres moteurs. » Elles constituent une sorte « d'épilepsie des centres sensoriels ».

Si l'on peut encore discuter sur leur situation précise, sur leur limites exactes, sur leur indépendance relative, on ne peut guère révoquer en doute, en face des preuves nombreuses fournies par les recherches de physiologie et de psychologie expérimentales et par les observations anatomo-cliniques relatives aux lésions de caractère destructif intéressant l'écorce cérébrale et

que je n'ai point besoin de rappeler ici, l'existence de centres corticaux sensoriels où viennent aboutir toutes les impressions parties de l'extérieur pour se transformer en perceptions.

D'un autre côté, les recherches de Monakow, Flechsig, Betcherew, Forel, Onufrowicz, Baginsky, Spitzka... nous ont mis à même de suivre le parcours intraencéphalique du nerf auditif jusqu'à l'écorce du lobe temporal, à travers quelques-unes des principales stations intermédiaires de ce nerf.

Nous pouvons donc admettre l'existence d'un centre cortical des perceptions auditives dont l'excitation produirait des phénomènes inverses à ceux qui résultent de lésions destructives ayant déterminé l'abolition de ses fonctions, et nous éclairant ainsi sur leur nature.

Ajoutons qu'il existe dans la science certains faits d'hallucinations diverses, observés au point de vue expérimental, clinique ou anatomo-pathologique, qui viennent de leur côté appuyer cette manière de voir.

Examinons donc, en parlant de cette théorie, les données que nous pouvons recueillir sur le mécanisme, la physiologie pathologique des hallucinations de l'ouïe.

Voyons d'abord leur origine, leur point de départ.

Toutes les hallucinations ne se rattachent pas exclusivement à des états neuro ou psychopathiques sans lésions définies ; il est des cas où elles font partie d'un processus morbide à substratum anatomique.

Les désordres notés en pareil cas peuvent atteindre différents points de l'appareil sensoriel. D'abord, l'écorce cérébrale peut être seule intéressée.

Mickle a rapporté des faits tendant à prouver que la plupart des hallucinations dans la paralysie générale se relient d'une façon intime à des lésions des centres corticaux respectifs : il a rencontré des altérations du lobe temporal chez des paralytiques hallucinés de l'ouïe.

Tamburini et Riva ont constaté aussi, en pareille circonstance, des lésions du lobe temporal, de la première circonvolu-

tion temporale en particulier, correspondant à des hallucinations de l'ouïe. Dans un cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe, la lésion était limitée à la première temporale du côté opposé.

Hertz a signalé, chez des hallucinés de l'ouïe chroniques, des altérations occupant le segment de la base du crâne qui comprend le lobe temporal.

Un certain nombre de faits concernent des hallucinations unilatérales.

Dans deux cas de Gowers, une tumeur intéressant la première circonvolution temporale déterminait des convulsions qui débutaient par une aura auditive rapportée à l'oreille opposée.

Glynn a publié l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui, examinée le 2 juin 1877, était atteinte à ce moment de diplopie de l'œil gauche avec double névrite optique, et d'hallucinations de bruits dans l'oreille *gauche* seulement. Paralysie faciale et dysesthésie sensorielle du même côté. Le 9 août, la malade est prise d'attaques convulsives et meurt le 12 septembre après un accès épileptiforme. A l'autopsie, on trouva un abcès situé à la partie antérieure de la première temporo-sphénoïdale *droite*, s'étendant en bas et en dedans vers la base du cerveau.

Un homme âgé de 63 ans, rapporte M. Millet, avait des attaques épileptiformes depuis trois ans environ. A un moment, des idées délirantes de suicide le firent interner à l'asile, où l'on constata des hallucinations de l'ouïe du côté *droit*. Il mourut peu après et l'on trouva à l'autopsie un sarcôme fasciculé de la face interne de la dure-mère au niveau de l'insula *droit*.

En même temps que les lésions centrales, on peut rencontrer des altérations de l'appareil sensoriel périphérique.

Tomaschewski et Simonowitsch ont observé une femme âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital d'Odessa en janvier 1886. Elle avait reçu, quelques mois auparavant, un traumatisme sur la tête et avait eu, à la suite, des attaques épileptiformes. Six mois après le début de ces crises, elle avait été prise d'un accès de délire hallucinatoire aigu avec excitation, illusions des sens et idées de persécution. C'est pour ces troubles psychiques qu'elle

fut traitée à l'hôpital, où l'on constata que ses hallucinations n'étaient pas les mêmes pour les deux côtés. — Elle entendait des deux oreilles des hallucinations diverses, notamment les voix de persécuteurs qu'elle localisait dans l'espace extérieur, et de l'oreille gauche, seulement, certaines sensations subjectives, qui avaient été plus précoces et étaient suspendues quand on bouchait l'oreille. Cette oreille gauche présentait une diminution de l'acuité auditive ; de plus, il y avait un catarrhe chronique de la trompe d'Eustache du même côté. En même temps que des hallucinations du côté gauche et peut-être aussi des illusions du sens musculaire, il y avait des hallucinations de l'œil gauche existant même dans l'occlusion de l'œil. Rétrécissement du champ visuel des deux yeux, acuité normale. La malade était sujette à des crises épileptiformes qui, parfois, ne touchaient que le côté gauche du corps et parfois se généralisaient aux deux côtés. Souvent le bras gauche était épargné. Hémiparésie et hémianesthésie gauches. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue du côté *gauche* avaient disparu au moment de la mort de la malade, en février 1887.

A *droite*, congestion de la table interne des os du crâne, s'étendant jusqu'au diploé. A droite, au niveau de la moitié inférieure des deux circonvolutions ascendantes, de la moitié postérieure de la première temporale, de la pariétale inférieure et du pli courbe, la dure-mère était épaissie, adhérente à la pie-mère et même à la substance cérébrale. En ces points, existait entre la surface cérébrale et la dure-mère épaissie, une couche de tissu conjonctif de nouvelle formation. A cet endroit, l'écorce semblait amincie et au milieu de la circonvolution pariétale ascendante, elle avait complètement disparu, de telle sorte que les membranes épaissies paraissaient en contact direct avec la substance blanche. La surface interne de l'oreille moyenne était tapissée çà et là de quelques gouttes de mucus ; les nerfs et les bandelettes optiques semblaient sains.

Les auteurs concluent de cette observation, que les troubles convulsifs et hallucinatoires dépendaient d'un processus irritatif développé dans les régions indiquées de l'écorce. A mesure que

le développement du tissu conjonctif éliminait les éléments nerveux de l'écorce de l'hémisphère droit, on observait la diminution des troubles hallucinatoires visuels et auditifs, en même temps que cessaient les convulsions du bras gauche dont le centre était le plus profondément désorganisé.

Dans une leçon clinique du Pr Joffroy sur les hallucinations unilatérales, nous trouvons l'observation d'un alcoolique présentant des hallucinations de la vue et surtout des hallucinations de l'ouïe prédominantes à *gauche*, avec des lésions anciennes bilatérales des oreilles. L'examen histologique du lobe frontal, des première et deuxième circonvolutions temporales droites, de la première circonvolution temporale gauche, a dénoté en ces points des lésions des cellules, tubes nerveux, vaisseaux correspondant à celles de l'alcoolisme chronique avec démence. Ces lésions étaient généralisées. Mais de plus on a rencontré par places un processus de congestion chronique avec dilatation des vaisseaux, pigmentation ocreuse, blocs pigmentaires dans les gaînes lymphatiques et pigmentation ocreuse des cellules nerveuses elles-mêmes. Cette dernière lésion se trouvait disséminée dans quelques points des circonvolutions frontales antérieures, dans le lobe temporal gauche et particulièrement dans la première circonvolution temporale *droite*.

On pourrait rapprocher des précédents d'autres faits où la confirmation nécropsique a manqué, mais cependant comparables, à en juger d'après les données cliniques (Pick, Régis, Lwolf, Toulouse, etc...).

Dans certaines observations, les hallucinations sensorielles coïncident avec des convulsions épileptiformes, et ce rapport n'est pas sans jeter un certain jour sur leur pathogénie. Les faits d'aura sensorielle accompagnant les convulsions épileptiformes ne sont pas chose rare ; souvent on observe des impressions lumineuses ou encore des bourdonnements et des sifflements dans les oreilles. En pareille circonstance, il survient même quelquefois de véritables hallucinations visuelles et auditives.

Nous venons de voir un certain nombre de faits dans

lesquels l'écorce cérébrale se trouve plus ou moins directement intéressée, et la localisation des lésions permet de supposer qu'elles ont joué un rôle, sinon exclusif du moins important, dans la production des hallucinations auditives.

Il est à remarquer toutefois que ces faits ne sont pas les meilleures preuves à invoquer pour la détermination du rôle joué par les centres dans l'hallucination, qui ressort beaucoup mieux par simple analogie, des cas où ce phénomène a fait cortège à des convulsions épileptiformes ainsi que des données fournies sur les fonctions des centres par les observations de lésions destructives. La complexité souvent embarrassante des cas précédents, les lacunes qu'ils renferment, la profondeur et la diffusion des lésions nous laissent souvent dans l'incertitude sur leur véritable portée (Wurmser).

La nature de ces lésions, ainsi que leur mode d'action, peut d'ailleurs être très variable. La condition nécessaire pour que l'hallucination puisse se produire, c'est que le centre cortical correspondant ait conservé des conditions d'intégrité suffisante pour permettre son activité. L'on peut voir toutefois des lésions de caractère destructif produire l'hallucination, soit à la période irritative du début lorsqu'elles intéressent directement le centre cortical (cas de Ferrier, Pooley, Atkins, Gowers), soit lorsque, siégeant au voisinage du centre sensoriel, elles peuvent l'irriter et agir sur lui comme cause d'excitation.

C'est alors une action indirecte, comme dans les cas de Hertz, de Bennett, où la lésion intéresse les os du crâne dans des points correspondant aux centres corticaux.

D'ailleurs l'excitation du centre cortical peut avoir un point de départ beaucoup plus lointain, sur tout le trajet des conducteurs sensoriels, dans le parcours intra-hémisphérique comme dans l'organe périphérique, ainsi que le démontrent certains faits cliniques.

M. Régis a publié l'observation d'un malade atteint d'hallucinations auditives combinées unilatérales à droite. Il avait de ce côté une otite qui guérit à la suite d'un traitement approprié. Les hallucinations cessèrent dès lors.

M. Ball a rapporté le fait d'un jeune homme de 22 ans qui, après un soufflet vigoureux, aurait eu une otite moyenne avec écoulement purulent. Il se produisit peu après des hallucinations de l'oreille malade, qui disparurent avec la guérison de l'otite.

Max Buch cite un cas d'hallucinations de l'ouïe, surtout intenses à gauche, coïncidant avec une otite moyenne, très améliorées par le traitement de l'otite.

M. Mabille a publié le cas d'une délirante mélancolique avec hallucinations de l'oreille droite. Une injection d'eau tiède dans le conduit auditif externe fit sortir un grain de blé entouré d'un amas de cérumen. Dès qu'on eut enlevé le corps étranger de l'oreille, le soir même les hallucinations cessèrent.

Ces exemples nous montrent bien le rôle important des altérations de l'appareil sensoriel périphérique. Toutefois il reste secondaire ; là n'est pas la cause efficiente des hallucinations, mais seulement leur cause provocatrice. Dans tous les cas, « il faut que le centre cortical correspondant entre en jeu pour que les hallucinations aient le caractère de la réalité ; c'est lui seulement qui peut présenter à la conscience l'image subjective nécessaire » (Tamburini).

L'absence de lésions soit centrales soit périphériques ne contredit nullement cette hypothèse. L'intervention du centre cortical est toujours nécessaire pour produire l'hallucination, qui est le plus souvent sous la dépendance d'une modification légère et insaisissable (Joffroy) des éléments corticaux. Leur activité pathologique peut alors être mise en jeu soit par des excitations périphériques dynamiques, soit par des causes centrales (troubles vaso moteurs, irrigation par un sang vicié, etc.).

Pour expliquer les cas où l'hallucination est purement d'origine intellectuelle « l'hallucination se présentant comme l'incarnation de pensées délirantes qui semblent provenir d'une déviation du processus d'idéation », Tamburini admet l'action sur les centres perceptifs des centres supérieurs de l'idéation ; à moins, ajoute-t-il, qu'on ne suppose que l'idéation ne représente qu'un acte plus complexe des centres sensoriaux de l'écorce. Cette réserve est tout au moins prudente En effet

l'existence d'un ou plusieurs centres d'idéation (Tamburini, Charcot, Bernheim) d'aperception (Wundt), de fusion ou d'association (Bianchi), etc., admise par les uns est contestée par les autres (Ferrier, Soury, Ballet, etc.). « Cette hypothèse, a écrit D. Ferrier, ne reçoit aucune confirmation des faits expérimentaux et elle ne paraît pas du tout nécessaire pour expliquer les faits de mentation normale ou anormale. » « Les centres moteurs, sensitifs ou sensoriels, ajoute M. Soury, constituant l'écorce cérébrale sont les seuls substrata connus des sensations, perceptions, idéations, volitions, émotions. Qu'il y ait des degrés de complexité et d'évolution dans ces centres, cela est possible ; mais ce n'est pas une raison pour créer de toutes pièces des centres supérieurs d'idéation dont rien jusqu'ici n'a révélé l'existence ni au physiologiste, ni au clinicien. »

En résumé, quel que soit le point de départ de l'hallucination, l'intervention du centre sensoriel cortical du sens considéré est indispensable pour que l'hallucination se produise dans la conscience avec tous les caractères de la réalité objective.

« La cause fondamentale est un état d'excitation des centres sensoriels corticaux, c'est-à-dire de ces points de l'écorce cérébrale où se perçoivent les impressions reçues par l'intermédiaire des différents organes et où sont déposées les images mnémoniques sensorielles

« ... Il faut admettre une excitation morbide constante des centres sensoriaux, ayant pour point de départ aussi bien les organes périphériques de la sensibilité que les voies conductrices ou les centres eux-mêmes... Un état irritatif siégeant sur l'un ou l'autre de ces points aura pour résultante une sensation morbide qui sera d'autant plus simple que la lésion sera plus périphérique, d'autant plus compliquée qu'elle sera plus centrale » (Tamburini).

Sur ce dernier point il conviendrait peut-être de faire quelques réserves.

Sans doute il est des hallucinations très simples en rapport avec une lésion initiale périphérique. Telles, certaines halluci-

nations à point de départ subjectif se rattachant à une lésion de l'appareil périphérique ; beaucoup d'hallucinations unilatérales ne sont ainsi, en réalité, que de simples sensations subjectives interprétées. Mais il serait excessif de généraliser ; et, par exemple, les véritables hallucinations élémentaires, celles des persécutés par exemple, qui entendent des bruits mal définis quoique nettement perçus, extériorisés et localisés, sont en réalité des faits de perception déjà très complexes et, comme telles tout aussi centrales que les hallucinations communes ou verbales les plus caractérisées.

L'intervention reconnue nécessaire des centres corticaux dans l'hallucination peut servir à nous expliquer, d'une façon peut-être plus exacte, les diverses variétés d'hallucinations, élémentaires, communes ou verbales.

Les travaux les plus récents sur les centres cérébraux de la vision admettent dans l'écorce l'existence d'éléments qui sont le siège d'une différenciation fonctionnelle, les uns chargés de recueillir les perceptions brutes, les autres plus spécialement aptes à emmagasiner les souvenirs visuels. A ce point de vue il y encore une différence à établir entre les images visuelles communes et les images visuelles des mots nécessaires au fonctionnement du langage intérieur (Vialet).

Il est très rationnel d'admettre qu'il en soit de même pour les centres cérébraux de l'audition, bien que nos connaissances soient moins précises à leur égard.

L'hallucination verbale auditive résulterait ainsi de l'intervention des éléments affectés aux images auditives verbales, l'hallucination auditive commune de l'intervention de ceux affectés aux images auditives communes, à condition toutefois que ces dernières se trouvent associées préalablement à d'autres images sensorielles de façon à pouvoir réveiller l'idée d'un objet différencié ; sinon l'hallucination serait élémentaire. On pourrait admettre aussi que, dans certains cas, cette dernière résulte de la mise en activité des éléments chargés de recueillir les perceptions brutes, par exemple lorsqu'elle reconnaît une origine périphérique, extra-corticale.

L'hallucination, ainsi rattachée à la mise en activité des centres corticaux, sera « simple, unisensorielle et unilatérale, quand l'irritation sera limitée à un groupe restreint d'une seule zône sensorielle et d'un seul côté. Elle sera multiple, compliquée, associée si plusieurs groupes cellulaires et plusieurs zones entrent simultanément en jeu (Tamburini).

En ce qui concerne l'*unilatéralité* ou la *bilatéralité* de l'hallucination auditive, cette explication me semble passible de certaines réserves.

On conçoit que des hallucinations bilatérales correspondent à des lésions ou modifications centrales symétriques.

Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Toulouse, malgré que la lésion soit unilatérale, les hallucinations peuvent revêtir le caractère de bilatéralité.

D'autre part l'hallucination unilatérale se produit tantôt (le plus souvent) dans l'oreille du côté opposé à la lésion, tantôt dans l'oreille du même côté. Et dans les hallucinations bilatérales, lorsqu'on trouve des lésions des deux hémisphères, elles sont plus accentuées d'ordinaire du côté opposé à la moitié de l'appareil sensoriel où prédomine l'hallucination, mais parfois aussi du même côté.

Il est vrai que tous ces faits pourraient, jusqu'à un certain point, s'expliquer, si l'on pense avec Tamburini, d'accord en cela avec Ferrier, que les nerfs auditifs subissent une semi-décussation comme les nerfs optiques, si bien que chaque oreille aurait des connexions avec les deux centres auditifs, mais principalement avec celui du côté opposé.

Mais cette opinion ne peut être admise qu'avec réserve. Il existe encore aujourd'hui bien des dissentiments sur ce point d'anatomie cérébrale. Certains auteurs regardent comme absolument hypothétique l'existence de fibres directes allant d'une oreille à l'hémisphère correspondant : pour eux le cerveau droit entend à gauche, et le cerveau gauche à droite, exclusivement.

L'absence de données certaines et définitives à cet égard n'est pas faite pour dissiper nos incertitudes relativement au

rôle des lésions centrales vis-à-vis de la bilatéralité ou de l'unilatéralité des hallucinations auditives.

A ce propos, M. Soury émet, sur les hallucinations unilatérales, des vues qu'il n'est pas sans intérêt de résumer brièvement.

Elles reposent sur ce fait que, d'après les travaux de certains auteurs (Wilbrand, Niéden, Stenger, Henschen, Seguin, Nothnagel, etc.)... la lésion de la face interne d'un lobe occipital produit toujours une cécité de la moitié correspondante de la rétine et par conséquent des deux yeux, et jamais une cécité croisée, monoculaire, de l'œil opposé. L'amblyopie croisée, dans l'hemianesthésie symptomatique de certaines névroses ou d'affections organiques du cerveau, peut s'expliquer sans que ni les conducteurs optiques, ni les centres primaires optiques, ni le territoire calcarinien du lobe occipital puissent être considérés comme cause de cette grave altération fonctionnelle du sens de la vue. C'est à un trouble de l'innervation vaso-motrice, c'est à une anémie de l'organe périphérique de la vision, suite de l'anesthésie cutanée s'étendant à cette organe, comme aux autres organes des sens, qu'il faut attribuer l'anesthésie sensorielle (Knies, Betcherew). « Ni la doctrine, d'ailleurs reconnue fausse, du carrefour sensitif, ni l'hypothèse, également erronée, d'un entrecroisement complémentaire des faisceaux directs des bandelettes optiques en arrière ou peut-être dans les tubercules quadrijumeaux, ne sauraient plus, en tout cas, être désormais invoquées pour expliquer l'amblyopie croisée ou unilatérale dans les névroses ou dans les lésions organiques du lobe occipital. »

Il en résulterait que « si l'hallucination est une excitation des centres sensoriels ou sensitifs de l'écorce cérébrale des hémisphères, une lésion irritative d'un lobe occipital projettera au dehors, sur les moitiés homonymes des deux champs visuels, une image ou un groupe d'images dites hallucinatoires. De même qu'une lésion destructive unilatérale du lobe occipital détermine une hémianopsie bilatérale homonyme, affectant de cécité partielle les deux moitiés correspondantes du champ visuel, une

lésion irritative unilatérale des mêmes régions *doit* déterminer une hallucination bilatérale homonyme affectant partiellement les champs visuels des deux yeux..... Ce ne serait rien objecter de valable que de prétendre que les malades n'accusent d'ordinaire qu'une hallucination unilatérale de la vue ou de l'ouïe. Les malades ne savent pas observer et n'ont point mission de faire la science. Que d'hémianopsiques qui, sans être des hystériques, ne s'aperçoivent plus ou ne se sont jamais aperçus de leur hémicécité ! Si l'on songe au petit nombre d'hallucinations unilatérales que la science possède, et aux conditions dans lesquelles les observations ont été faites pour la plupart, on inclinera sans doute à penser qu'avant de chercher à expliquer un fait aussi inexplicable que celui d'hallucinations unilatérales, il serait utile d'établir s'il existe. Or il n'existe pas, parce qu'il ne peut pas plus exister que la cécité unilatérale et croisée par lésions centrales ou corticales de l'appareil de la vision ».

Je n'oserais pas dès maintenant être aussi catégorique que que M. Soury. Il envisage surtout d'ailleurs les hallucinations unilatérales visuelles, et avant de poser les mêmes conclusions radicales à l'égard des auditives, il faudrait déjà qu'il fût péremptoirement démontré qu'il existe pour les nerfs auditifs une sémi-décussation analogue à celle des nerfs optiques. Toutefois, laissant de côté les hallucinations unilatérales visuelles et ne considérant que les auditives, je ne puis m'empêcher de constater avec lui tous les desiderata des observations relatives aux faits de ce genre, presque toujours incomplètes au point de vue clinique ou de l'examen anatomique du cerveau ou de l'examen des fonctions sensorielles.

L'analyse clinique de ces phénomènes est souvent elle-même assez sommaire pour que l'on puisse se demander à l'occasion si ce sont de véritables hallucinations sensorielles et si elles sont vraiment unilatérales.

Il est à remarquer, en effet, que ces hallucinations restent le plus généralement très simples, élémentaires, peu variées, et n'atteignent guère ce développement si net et si caractéristique des véritables hallucinations bilatérales. Souvent ce ne sont que

de simples bruits entotiques restant à l'état subjectif ou s'extériorisant comme cela arrive fréquemment à l'état normal. Lorsqu'à ces sensations subjectives, qui existent le plus souvent en pareil cas, viennent s'ajouter d'autres phénomènes pouvant en imposer pour une hallucination sensorielle, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas tout simplement d'une pure interprétation de ces sensations subjectives ou de l'apparition d'une hallucination concomitante d'un autre caractère, motrice verbale, comme dans le cas si bien analysé par M. Régis et que j'ai déjà eu l'occasion de citer.

On décrit souvent sous le qualificatif assez impropre d'hallucinations unilatérales des hallucinations simplement prédominantes d'un côté de tel ou tel appareil sensoriel. Prédominance et unilatéralité ne doivent cependant pas être considérés comme des équivalents, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer le mécanisme du phénomène ainsi qualifié.

D'autre part, il est bien difficile d'établir s'il y a vraiment unilatéralité, si les sensations morbides sont perçues par une seule oreille ou simplement localisés dans la direction de droite ou de gauche. La position des deux organes qui sont situés des deux côtés de la tête, leur fait accomplir des mouvements divergents et non convergents, au point que, dans l'usage de l'organe, on ne fait pas de mouvements afin que les deux organes viennent converger pour nous donner une perception unique, mais, qu'au contraire, on néglige l'un pour l'autre, selon les convenances et les besoins. C'est peut-être en cela que consiste tout simplement dans certains cas l'unilatéralité, qui ne serait ainsi qu'une apparence. Ne pourrait-on pas invoquer à ce propos le fait d'hallucinations auditives unilatérales s'atténuant ou disparaissant par l'occlusion de l'oreille du côté opposé? (Hammond).

Notre intention n'est nullement de nier l'existence d'hallucinations auditives unilatérales. Mais il importe avant tout de faire un choix parmi les cas observés ; tous ne sont pas justiciables de la même interprétation. A côté des phénomènes disparates que nous venons d'indiquer, d'autres semblent bien

être des hallucinations sensorielles très caractéristiques, localisées d'un seul côté. S'en suit-il qu'on puisse les rapporter toutes à l'excitation du centre sensoriel *d'un seul côté,* que cette excitation porte directement sur le centre ou vienne de l'appareil périphérique ? Cette explication peut être plausible dans certains cas : il en est d'autres dont elle ne suffit pas à donner l'interprétation. Pour n'en donner qu'un exemple, comment s'expliquer ainsi la cessation ou l'atténuation d'hallucinations auditives unilatérales par l'occlusion de l'oreille opposée.

D'ailleurs, si l'intervention du centre cortical est indispensable à la production de l'hallucination, cela ne veut pas dire qu'elle en soit la condition *nécessaire et suffisante* à la fois. La formule qui fait de l'hallucination « une épilepsie des centres sensoriels » ne doit pas être prise à la lettre. En réalité, c'est un phénomène très complexe qui, tout en exigeant le concours indispensable des centres corticaux, reçonnaît souvent en même temps d'autres facteurs, parmi lesquelles les facteurs psychiques sont à considérer.

Or, il est bien possible que ces facteurs différents, tout aussi bien que la localisation corticale, puissent intervenir dans l'unilatéralité de l'hallucination. Pick a rapporté le cas d'une aliénée chronique, sourde de l'oreille *gauche,* qui accusait des hallucinations auditives du côté *droit.* L'oreille droite étant ensuite bourrée de coton, la malade n'entend plus qu'un vague bruit, plus de paroles, et les hallucinations reviennent nettes dès que l'oreille est débouchée. Dans l'oreille gauche, on trouve un tampon de cérumen qu'on enlève ; dès lors, les hallucinations deviennent bilatérales. En ce cas, peut-être, n'est-ce pas tout simplement l'idée de la surdité unilatérale qui eut une influence prédominante sur l'unilatéralité des hallucinations dans l'oreille opposée, unilatéralité s'expliquant ainsi par un simple fait d'association d'idées ?

Le même auteur a observé un jeune homme qui entendait, pendant ses prières, sortir de l'intérieur de son corps des voix disant généralement des propos cyniques à l'adresse du Christ ou de la mère de Dieu. Les voix partent du côté gauche où le

malade ressent en même temps un point. D'autres fois son œil gauche est comme obnubilé, et à travers un nuage, le malade voit des représentations obscènes sur les images sacrées ; il entend également des propos orduriers soufflés dans son oreille gauche ; sa main gauche sent une odeur de chair brulée et de soufre. Il croit que c'est le diable qui lui fait ces tours. L'examen somatique ne révèle rien qui puisse être présumé comme une cause d'unilatéralité des hallucinations. — Ce cas est difficilement explicable si l'on rapporte le mécanisme de l'hallucination unilatérale à l'excitation directe du centre correspondant d'un seul côté. En effet, les hallucinations verbales motrices supposeraient ainsi l'intervention du centre moteur d'articulation, hémisphère gauche ; les auditives verbales celle du centre auditif verbal, hémisphère gauche ; les tactiles seraient en rapport avec l'hémisphère droit ; quant au centre visuel, le droit aussi probablement, il devrait produire des hallucinations hémiopiques homonymes et non unilatérales ; les hallucinations olfactives sont en réalité bilatérales. Cependant toutes ces hallucinations sont localisées à gauche. Cela ne résulterait-il pas tout simplement de facteurs purement psychiques ? Ne peut-on pas supposer que le malade éprouvant une espèce d'hallucinations, les tactiles par exemple, ait pu les prendre comme point de repère pour localiser les autres du même côté, par un travail d'association d'idées plus ou moins conscient. Cette hypothèse serait d'autant plus plausible que nous voyons ses hallucinations olfactives rapportées à sa main gauche, et le point de départ de ses hallucinations motrices fixé aussi à gauche, en un endroit où le malade accuse une sensation spéciale. Je crois avoir démontré autre part que la localisation de l'hallucination verbale motrice reconnaît souvent comme cause une association de ce genre. Ce malade se trouverait ainsi entraîné à localiser toutes ses hallucinations à gauche, comme les hystériques, qui, sans avoir un souci exclusif de leurs localisations cérébrales, font leur hémianesthésie sensitivo-sensorielle d'un seul côté.

Sans doute il est des cas où l'hallucination verbale auditive semble bien en rapport avec l'action directe du centre cortical

correspondant. D'autres fois, le plus souvent peut-être, on peut admettre aussi l'excitation à distance de ce centre par une lésion de l'appareil périphérique. Mais cela ne veut nullement dire qu'en ce cas, l'unilatéralité du phénomène reconnaisse toujours une pure raison anatomo-physiologique et dépende de l'action hémilatérale de tout l'appareil sensoriel, périphérique et central. Cela peut être vrai quelquefois : mais quelquefois aussi, on peut se demander si, à part l'existence de la lésion périphérique, le processus central, psychique, n'est pas absolument identique à celui de l'hallucination bilatérale ; l'unilatéralité résultant simplement de l'existence de la lésion périphérique unilatérale, qui sert de simple point de repère pour la localisation de la perception pathologique. « Le malade, dit M. Joffroy, est le véritable créateur de ce phénomène que la maladie de l'oreille, la lésion sensorielle, ne peut seulement que provoquer, entretenir et localiser. »

Comment s'expliquer autrement les faits d'hallucinations unilatérales, intéressant plusieurs sens et du même côté, et l'apparition d'hallucinations verbales auditives très développées, unilatérales, à droite dans certains cas, à gauche dans d'autres ; et leur atténuation par l'occlusion de l'oreille opposée ? Ces derniers cas n'ont-ils pas vraisemblablement quelqu'analogie avec celui, déjà cité, du Dr Régis où l'on vit des hallucinations verbales motrices localisées dans l'oreille gauche, à l'occasion d'un sifflement entendu dans cette oreille, perçu par conséquent par le cerveau droit, et atténuées d'autre part par l'occlusion de l'oreille saine, droite, ce qui implique aussi évidemment la participation de l'hémisphère gauche au processus hallucinatoire.

En réalité, le mécanisme des hallucinations unilatérales n'est pas univoque, parce qu'il s'agit de phénomènes très différents suivant les cas. Prétendre expliquer toutes ces hallucinations à l'aide des données très incomplètes de l'anatomie et de la physiologie, en subordonner étroitement le mécanisme aux pures données des localisations cérébrales, ce serait s'exposer aux mêmes erreurs que de vouloir assigner aux anesthésies

hystériques, comme aux anesthésies organiques, les mêmes rapports avec les territoires nerveux correspondants.

Sans vouloir diminuer l'importance du rôle attribué au centre sensoriel dont l'intervention est toujours nécessaire dans la production d'une hallucination, il importe de tenir compte des facteurs psychiques et de l'état de l'organe sensoriel périphérique, qui peut influer directement ou indirectement sur la localisation sensorielle de l'hallucination.

Je rappellerai encore à ce propos que l'on a constaté, au moyen de l'électricité, une hyperesthésie particulière de l'ouïe chez les hallucinés et chez des individus atteints d'une lésion de l'oreille. Un réophore étant appliqué près de l'oreille et l'autre sur une partie quelconque du corps, le sujet entend des bruits, des mots, des phrases, soit du même côté, soit du côté opposé (Longet, Brenner, Jolly, Buccola, Fischer, Descourtis, Chvostek...).

Pour expliquer la projection au dehors de l'image subjective d'origine centrale, même en cas d'intégrité de l'appareil périphérique, Tamburini admettait d'abord, avec Baillarger, Hagen, Griesinger, etc... que l'excitation morbide du centre sensoriel se propage à tout l'appareil jusqu'à sa terminaison périphérique, de sorte que cet état irritatif général, existant au moment même où se produisent les hallucinations, leur donnerait l'apparence de la réalité.

Dans un second travail, l'auteur, à la suite de l'étude physiologique des hallucinations motrices, se trouve amené à formuler une autre hypothèse. Elle repose sur l'opinion qui regarde les centres corticaux, moteurs ou des sens spéciaux, comme des centres sensorio-moteurs des diverses parties du corps avec lesquelles ils sont en relation fonctionnelle, chaque centre cortical étant à la fois le centre de perception des impressions générales ou spécifiques de la partie du corps correspondante, et le point de départ de l'impulsion pour le mouvement propre de cette même partie.

Par suite « si l'état d'irritation capable de provoquer une hallucination a son siège dans les centres des sens spéciaux, par

exemple celui de la vision, outre la perception morbide sensorielle (hallucination visuelle) on aura encore la sensation des mouvements de l'œil correspondant à l'acte fonctionnel, puisqu'au même moment où l'excitation du centre cortical développe une perception visuelle, elle fait naître en même temps, par l'excitation des éléments moteurs connexes, l'impulsion motrice correspondante vers les muscles de l'œil accompagnée de l'image correspondante du sens musculaire ; d'où l'image motrice qui accompagne la perception visuelle morbide. On explique ainsi, sans qu'il soit besoin de recourir à l'hypothèse d'un courant sensoriel centrifuge, le fait de la projection et de la localisation extérieure de l'hallucination spécialement visuelle, puisque, par l'excitation morbide du centre cortical visuel, se produit, par suite de l'excitation de ses éléments sensorio-moteurs propres, un mouvement réel d'accommodation qui accompagne la sensation réelle ou la fausse sensation du mouvement correspondant, ce qui pour la conscience est tout à fait la même chose, et tout s'accomplit pour elle comme si la sensation visuelle avait eu lieu réellement ».

Cette interprétation pourrait s'appliquer également aux hallucinations auditives.

On voit par ce qui précède, que la théorie de l'hallucination qui regarde comme nécessaire l'intervention constante des centres corticaux, est en réalité celle qui rend le mieux compte du phénomène d'après les données anatomiques et physiologiques actuelles.

Les desiderata qu'elle peut présenter ne sont que la résultante forcée de la limitation même de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie des voies et centres sensoriels.

Mais tout en admettant comme nécessaire dans la production de l'hallucination la mise en éveil des centres corticaux, on se pose tout naturellement les questions suivantes :

Comment se fait-il, lorsqu'un centre cortical se trouve ainsi en état de suractivité, que toutes les images correspondantes ne deviennent pas hallucinatoires ? Pourquoi les unes plutôt que les autres ?

Pourquoi, dans les cas si nombreux de lésions encéphaliques pouvant intéresser les susdits centres, les hallucinations ne sont-elles pas constantes (Toulouse, Joffroy)? Prédisposition spéciale, dira-t-on. Soit, mais en quoi consiste-t-elle exactement? C'est ce qu'il s'agirait de déterminer. On aura beau invoquer l'hérédité, l'alcoolisme... cela ne nous donne pas en réalité l'explication de cette question, qui subsiste tout entière.

Enfin, si l'hallucination réclame l'intervention des centres corticaux, se trouve-t-elle suffisamment expliquée par un état d'irritation ou d'irritabilité de ces centres? N'y a-t-il là vraiment qu'un phénomène analogue à celui qui dans des centres moteurs déterminera des convulsions épileptiques et l'hallucination n'est-elle vraiment qu'une sorte d'épilepsie des centres sensoriels?

Est-il permis, se demande M. Binet, — et M. Joffroy fait à peu près la même remarque — de comparer des mouvements convulsifs comme ceux de l'épilepsie aux images précises et intelligentes des hallucinations? Si une irritation physique, une compression par exemple d'un centre moteur suffit pour faire éclater une décharge de mouvements, comment admettre qu'une irritation physique peut à elle seule provoquer l'image complexe, nécessaire à l'hallucination de paroles déterminées, logiques, localisées au dehors d'une façon aussi précise que possible, dans lesquelles le sujet reconnaît le timbre de voix de telle ou telle personne.

Cette question se rattache ainsi à celle de la nature même des images mentales, et de la conception du rôle des centres.

Certains auteurs considèrent que toute perception, une fois accomplie, demeure dans le cerveau à l'état de souvenir emmagasiné, comme une disposition acquise des éléments mêmes que la perception a impressionnés.

D'autres admettent un centre d'aperception, d'idéation, d'association dans le lobe frontal et des centres particuliers qui, incapables d'emmagasiner des images, conservent cependant des tendances ou dispositions à les reproduire.

D'autres encore soutiennent qu'il ne peut rien rester d'une

image dans la substance cérébrale et qu'il ne saurait exister non plus un centre d'aperception, mais qu'il y a simplement, dans cette substance, des organes de perception virtuelle, influencés par l'intention du souvenir, comme il y a à la périphérie des organes de perception réelle, influencés par l'action de l'objet.

Enfin, il est bon de remarquer qu'un souvenir n'est pas imprimé, comme semblent l'admettre certains auteurs au moins implicitement, dans une cellule unique qui aurait en quelque sorte le monopole de sa conservation et de sa reproduction. Comme le dit M. Ribot, « ce qui a pu contribuer à cette illusion, c'est l'artifice du langage qui nous fait considérer un mouvement, une perception, une idée, une image, un sentiment comme *une* chose, comme une *unité*. La réflexion montre pourtant bien vite que chacune de ces prétendues unités est composée d'éléments nombreux et hétérogènes ; qu'elle est une association, un groupe, une fusion, un complexus, une *multiplicité* ». Si bien que ce qui importe, ce n'est pas seulement la modification imprimée à chaque élément, que la manière dont plusieurs éléments se groupent pour former un complexus.

Cette même idée se retrouve dans les travaux récents de certains auteurs (Freund, Sachs)... qui regardent l'écorce cérébrale comme un lieu d'entrecroisement où se font les différentes excitations dont le point de départ se trouve dans les différents centres de l'écorce et pensent qu'au point de vue anatomique l'organe de l'intelligence n'est pas l'écorce cérébrale en général, mais l'ensemble des faisceaux d'association. Pour eux, une représentation n'est pas le résultat de l'excitation d'une cellule spéciale, mais bien le résultat de la combinaison de l'excitation de plusieurs territoires. Suivant le degré d'intensité de cette résultante, la représentation devient consciente ou non. Lorsque l'intensité de la représentation, constituée par une sorte « d'onde moléculaire » atteint un certain degré, elle peut provoquer un mouvement, une contracture, une idée fixe, une hallucination.

On pourrait émettre encore à ce sujet d'autres considérations plus psychologiques sur la nature des hallucinations. Nous les retrouverons dans le chapitre suivant.

IV

Considérations psychologiques.

L'HALLUCINATION ET LA PERCEPTION EXTÉRIEURE. — ROLE DES IMAGES MENTALES. — L'EXTÉRIORITÉ ; — SES CONDITIONS ; — INTENSITÉ OU COMPLEXITÉ DES IMAGES ; — POURQUOI S'EXTÉRIORISENT-ELLES PAR UN SENS PLUTOT QUE PAR UN AUTRE ? — PAR QUEL MÉCANISME ? — LA LOCALISASION. — LES DIFFÉRENTES HYPOTHÈSES QU'ELLE SOULÈVE. — LE CONTRASTE PSYCHIQUE ET L'ASSOCIATION DES IDÉES. — L'AUTOMATISME PSYCHIQUE, L'ATTENTION ET LA CROYANCE.

Nous avons vu, au début, que la caractérisque de l'hallucination, c'est de créer l'apparence d'un objet extérieur *actuel* qui n'existe pas dans la réalité ; elle se présente ainsi comme une forme pathologique de la perception extérieure.

Ce fait, qu'indiquent les malades, est-il justifié par l'analyse psychologique ?

Voyons d'abord les hallucinations périphériques. Cette étude a été déjà très bien exposée par M. Binet. Nous lui ferons, à ce propos, de nombreux emprunts.

La perception extérieure comporte deux phases distinctes.

Physiologiquement, la perception sensorielle se compose d'une action des organes périphériques des sens et d'une réaction de l'encéphale. A cet égard, l'exposé de la théorie physiologique de l'hallucination nous a déjà montré les points de contact qui existent entr'elle et la perception extérieure.

Psychologiquement, la perception extérieure est formée de deux groupes d'éléments associés, des sensations et des images mentales, états de conscience dérivant de sensations antérieures, conservées et reproduites. L'objet extérieur, que nos sens perçoivent et qui nous paraît connu par un acte d'intuition simple, est en réalité formé par une association de ces deux sortes

d'éléments, des sensations et des images. Les sensations produites directement par les objets extérieurs suscitent un certain nombre d'images qui se groupent et se coordonnent avec les sensations suivant des rapports définis.

Chacun de ces deux éléments composants, psychique et sensoriel, se retrouve nettement dans les hallucinations d'origine périphérique, surtout directe.

L'apport psychique est mis déjà en évidence par différentes preuves, souvent invoquées par les partisans de l'origine intellectuelle de l'hallucination. Je rappellerai, par exemple, les rapports de l'hallucination avec la forme du délire, avec la profession, avec le degré d'intelligence et de culture du sujet, avec des sensations vives antérieures qu'elle ne fait que reproduire, etc.....

Sous quelle forme cette intervention de l'esprit dans la production des hallucinations se manifeste-t-elle ? Les défenseurs de l'origine intellectuelle avaient encore soutenu, avec raison, et développé cette idée que l'hallucination était formée par les images mentales qui en constituaient la base, le fondement.

Cette opinion qui reconnaissait l'identité de l'image réelle perçue par les sens, de l'image évoquée par la mémoire, et de l'image hallucinatoire, fut très combattue à l'époque. C'était, en effet, admettre entre la perception, la représentation mentale, l'hallucination de simples différences de degré et non une différence radicale et essentielle, ainsi que le prétendaient certains auteurs qui voyaient dans l'hallucination un *renversement des lois de la nature* (Baillarger).

On a démontré depuis, et c'est un fait aujourd'hui couramment admis, que chaque image est une sensation spontanément renaissante, en général plus faible et plus simple que l'impression primitive, mais capable d'acquérir, dans des conditions données, une intensité et une précision si grandes qu'on croirait percevoir encore l'objet extérieur.

« Entre la perception et l'image, il y a identité de nature, indentité de siège et seulement différence de degré. L'image n'est pas une photographie, mais une reviviscence des éléments

sensoriels et moteurs qui ont constitué la perception. A mesure que son intensité augmente, elle se rapproche de son point de départ et tend à devenir une hallucination. » (Ribot).

On peut donc considérer l'hallucination comme une image cérébrale extériorisée. Mais n'est-t-elle que cela ? Quel est le rôle des sens ?

A cet égard, le problème est difficile à résoudre en ce qui concerne les hallucinations auditives.

Néanmoins, si nous nous reportons aux exemples précédemment cités, il est légitime d'admettre qu'il existe une catégorie d'hallucinations, avec ou sans lésions de l'appareil auditif, et provoquées par des sensations subjectives ou résultant de l'impression produite par un objet extérieur.

Il est à remarquer toutefois que cette sensation est simplement le point de départ, la cause occasionnelle du phénomène. Si bien que ces cas d'hallucinations périphériques, les plus comparables à la perception extérieure normale, en diffèrent cependant par la réduction extrême du rôle de l'élément sensation avec exagération énorme du rôle de l'élément images, ces dernières en outre n'étant plus adéquates à l'objet extérieur.

Les hallucinations que nous venons d'examiner ne sont pas les seules qui aient un point de départ périphérique. Il en est d'autres : et nous les avons signalées précédemment sous le nom d'hallucinations réflexes.

Or, dans les premières nous retrouvions entre les deux éléments, sensation et images, un rapport identique à celui qui existe dans la perception normale, l'image s'extériorisant par le même sens intéressé dans la sensation première.

Dans les hallucinations réflexes au contraire l'image hallucinatoire est perçue par un appareil sensoriel autre que celui qui fut le siège de la sensation initiale.

Il est à remarquer d'ailleurs, que dans bien des cas de ce genre, il s'agit en réalité d'une double perception, de deux perceptions consécutives. La sensation initiale en effet est alors extériorisée, localisée, rapportée à un objet déterminé qui de fait l'a réellement provoquée. La première phase du phénomène

est donc ainsi constituée par une perception normale. Dans une seconde phase, les images mentales ainsi intéressées réveillent à leur tour d'autres images dont l'extériorisation se fait par un sens différent, constituant ainsi une perception hallucinatoire. Ces dernières images peuvent avoir d'ailleurs trait au même objet que les premières ou à des objets tout à fait différents.

Ce fait nous indique déjà le rôle joué par l'association des idées dans la production des hallucinations.

Jusque-là nous avons pu retrouver la sensation à l'origine du processus hallucinatoire, et bien que son rôle fût considérablement réduit, lui attribuer une action soit directe, soit indirecte.

Il est d'autres cas dans lesquels l'élément sensation semble disparaître tout à fait. Ce sont ceux d'hallucinations dites centrales ou encore d'origine intellectuelle.

Peut-on admettre l'existence de telles hallucinations ? La chose est bien difficile à prouver pour l'ouïe ; il est cependant très vraisemblable qu'elles existent.

Un auteur qui a étudié avec le plus de précision et aussi d'impartialité le point de départ des hallucinations, M. Binet, a été amené à admettre pour la vue, à côté d'hallucinations périphériques objectives ou subjectives, des hallucinations centrales tout à fait distinctes des précédentes et en particulier ne présentant aucun des caractères relevant de la présence à l'origine d'une sensation subjective ou d'une impression venue du dehors.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ouïe, alors que la vision et l'audition présentent tant de points communs et que le sens de l'ouïe est par excellence, a-t-on dit souvent, le sens intellectuel ? Il semble ainsi très rationnel d'admettre l'existence d'hallucinations centrales auditives — peut-être les plus fréquentes — dans la constitution desquelles manque l'appoint d'une sensation initiale. Elles n'en revêtent pas moins malgré cela l'allure d'une perception pathologique, puisqu'elles créent l'apparence d'un objet *actuel* avec le caractère primordial de la perception extérieure, *l'extériorité*.

Il est d'ailleurs à remarquer que si l'hallucination d'origine périphérique, comporte, comme la perception, deux éléments : une impression des sens et une image cérébrale extériorisée, le mode de formation n'est pas toujours le même de part et d'autre. Tandis que dans la perception l'image est éveillée directement par une impression des sens, dans certaines hallucinations considérées comme périphériques, c'est l'image qui en réalité apparaît la première et ne s'associe qu'ensuite à un point de repère extérieur. L'hallucination hypnotique peut être considérée comme le type des faits de ce genre.

L'étude de l'illusion hypnotique nous montre d'autre part que l'existence de l'objet extérieur, servant de substratum à l'illusion, ne paraît avoir aucune importance puisqu'on peut le modifier de cent façons différentes.

La perception et l'hallucination se trouvent ainsi reliées ensemble par une série non interrompue d'intermédiaires, depuis l'illusion des sens ordinaire jusqu'à l'hallucination centrale, qui constituent des déformations de plus en plus accentuées de la perception.

Ajoutons que l'on retrouve dans l'hallucination les différents degrés de la perception.

« La perception ne constitue pas une espèce unique, c'est une forme d'activité dont la nature est très variable, car elle confine par une de ses extrêmes limites au raisonnement conscient, et par l'autre bout, elle se confond avec les actes les plus élémentaires et les plus automatiques (Binet).

« Avant tout, dit M. Sully, décrivant les degrés de la perception visuelle, vient la construction d'un objet matériel, d'une forme et d'une grandeur particulière, à une distance particulière, c'est-à-dire la reconnaissance d'une chose tangible, ayant certaines propriétés d'espace simples, et étant dans un certain rapport avec d'autres objets, et plus particulièrement avec notre propre corps. C'est là la simple perception d'un objet qui a toujours lieu, même lorsqu'il s'agit d'objets nouveaux, pourvu qu'on les voie d'une façon assez distincte. Cette partie de l'acte de combinaison, qui est la plus instantanée, la plus automatique

et la plus inconsciente, peut être considérée comme répondant aux rapports d'expérience les plus constants, et par conséquent les plus profonds.

La seconde phase de cette action de construction présentative est la reconnaissance d'un objet comme faisant partie d'une classe particulière, par exemple celle des oranges, ayant certaines qualités spéciales, comme tel ou tel goût. Dans cette phase, les rapports d'expérience sont moins profondément organisés, de sorte que nous pouvons, dans une certaine mesure, par la réflexion, y reconnaître une sorte de mise en œuvre intellectuelle des matériaux que nous fournit le passé.

Une phase encore moins automatique dans l'action de reconnaissance visuelle est l'acte de reconnaître les objets particuliers ; par exemple, l'abbaye de Westminster, ou notre ami John Smith. La somme d'expérience qui est reproduite ici peut être très considérable, comme lorsqu'il s'agit de reconnaître une personne avec laquelle nous sommes depuis longtemps intimes... Arrivés à ces dernières phases de la perception, nous touchons à la commune limite de la perception et de l'inférence. Reconnaître un objet comme appartenant à une classe, c'est souvent affaire de réflexion consciente et de jugement, alors même que cette classe est constituée par des qualités matérielles de première évidence, et qui peuvent être considérées comme immédiatement saisies par les sens. A plus forte raison, la perception devient-elle inférence quand la classe est constituée par des qualités moins faciles à saisir, qui exigent, pour être reconnues, une longue et laborieuse suite de souvenirs, de distinctions et de comparaisons... Dire où il faut tracer la ligne de démarcation entre la perception et l'observation d'une part, et l'inférence de l'autre, est évidemment impossible. »

On peut faire les mêmes remarques à propos des hallucinés qui entendent un son, ou reconnaissent que c'est un son de voix, et même que cette voix est celle de telle ou telle personne déterminée. Et les choses se compliquent encore lorsque dans le son de voix le malade reconnaît des mots traduisant à son oreille toute une série d'idées.

Aussi l'hallucination ne doit-elle pas être purement considérée comme un « délire des sensations », suivant une expression fréquemment employée. Cela ne peut s'appliquer qu'à ses formes les plus élémentaires : mais dans ses formes plus élevées, elle apparaît comme un phénomène psychologique très complexe, et revêt toutes les allures d'un véritable délire, dans le sens plus général du mot.

Nous avons eu déjà l'occasion de parler de ce caractère que Baillarger regardait comme pathognomonique de l'hallucination et qu'elle partage avec la perception extérieure, l'*extériorité*.

Voyons à l'étudier de plus près, surtout dans le domaine des hallucinations auditives.

On invoque couramment comme facteur principal de l'extériorisation de l'image, son *intensité*. Or rien n'est moins prouvé et il pourrait se faire qu'il y ait là une question de *qualité* tout aussi bien que de *quantité*.

Un sujet, dit M. Binet à propos des hallucinations hypnotiques, peut avoir dans l'esprit des idées qui ne lui paraissent pas des hallucinations ou qui ne se traduisent pas par des actes ; il peut penser à un chien sans le voir, entendre parler d'une action sans l'exécuter ; mais si on insiste, si on commande plus longtemps, l'idée devient hallucination et action. C'est qu'au début elle devait être faible, et que maintenant elle est plus forte.

M. Pierre Janet pense, au contraire, que cette différence dans les résultats est due à ce que l'idée est maintenant toute différente. « Les théories psychologiques, dit-il, qui assimilent à juste titre l'image à la sensation, ne sont vraies que pour les phénomènes simples : l'image de la couleur bleue (quand elle n'est pas un simple mot) est identique en nature à la sensation du bleu. Mais il ne faut pas en conclure que l'idée d'un chien soit la même chose que la vue d'un chien et qu'il n'y ait entre les deux qu'une différence de degré. Il s'agit là de deux ensembles qui diffèrent énormément par la qualité et la complexité des images qui en font partie. L'idée d'un chien peut n'être

qu'un rapport abstrait entre diverses images ou divers caractères ; elle peut être un simple mot de nature différente suivant les personnes, ou n'être qu'une image très vague de couleur uniforme, en un mot quelque chose de très simple. La sensation réelle ou l'hallucination d'un chien est un ensemble d'images visuelles, tactiles, auditives même, trés variées. Pour passer de l'une à l'autre, il faut, non pas renforcer, mais compléter l'image. Ce serait être bien maladroit, en face d'un sujet qui voit difficilement les hallucinations, que de répéter, même en criant très fort : « Tu vois un chien, tu vois un chien », on n'arriverait à rien. Il faut préciser et compléter l'image : « Tu vois ses oreilles, tu vois sa queue, tu vois ses longs poils de couleur jaune, tu entends qu'il aboie », ou bien, si l'on a affaire à un sujet qui en soit capable, il faut lui laisser le temps de développer lui-même son image. Si, dans une conversation rapide, je dis à Léonie qu'il y a des moutons dans la prairie, au bord de la rivière, etc..., j'éveille par chaque mot une image incomplète et vague qui ne sera pas une hallucination ; mais si, après avoir dit : « Il y a un mouton devant toi », je m'arrête brusquement et ne lui parle plus, son idée se développe peu à peu, elle voit des détails nouveaux, sent la toison, entend le cri et finit par dire : « C'est un vrai mouton », c'est-à-dire un mouton complet et non pas une image plus forte d'un mouton. La complexité de l'image a donné naissance à son objectivité... »

Cette manière de voir de M. Janet se trouve de tous points conforme à l'opinion développée par M. Souriau, qui fait dépendre du degré de complexité notre distinction entre les images internes et les perceptions objectives. « Ces représentations sont à peu près de même nature que les perceptions mêmes ; seulement les sensations dont elles se composent sont moins intenses, et surtout beaucoup moins complexes. En effet, lorsque, après avoir perçu un objet, nous l'imaginons, beaucoup de détails de l'objet ne se retrouvent pas dans l'image. Quand je regarde un objet quelconque, cette page par exemple, et puis que j'essaye, en fermant les yeux, de me la représenter : autant

ma perception était complexe, autant ma conception est vague et pauvre de détails ; c'est à peine si je me représente une surface blanche où çà et là flotte quelques points noirs. Il en serait de même pour une image tactile et auditive, comparée aux perceptions qu'elle est censé reproduire. Cette simplicité de l'image nous les fait paraître subjectives quand nous les comparons à de vrais objets. » La complexité devient ainsi le véritable criterium de l'objectivité (Souriau).

Pourquoi, au milieu de ces éléments complexes nécessaires à la production de l'hallucination, l'extériorisation se fait-t-elle par un sens plutôt que par un autre ? par l'ouïe, dans les cas qui nous intéressent actuellement ? Dans les hallucinations périphériques directes, la chose s'explique aisément. D'ailleurs, on a pu démontrer expérimentalement qu'une excitation sensorielle légère et vague suffisait à déterminer la forme sous laquelle se manifestait le travail intellectuel présidant à la genèse de l'hallucination (Expérience du Shell-Hearing).

Pour les hallucinations auditives, réflexes et centrales, l'explication est plus difficile. Mais l'on peut admettre un état d'excitabilité morbide particulier des centres auditifs, et l'existence chez ces malades du type auditif, la prédominance d'un ordre d'images créant une prédisposition à un ordre correspondant d'hallucinations.

En ce qui concerne en particulier les persécutés systématiques hallucinés, cette hypothèse est très acceptable, et j'ai eu, à maintes reprises, l'occasion d'en constater la légitimité.

Quant au mécanisme même de cette projection au dehors de l'image hallucinatoire, je ne ferai que rappeler l'hypothèse souvent invoquée d'un courant sensoriel centrifuge, allant du cerveau à la périphérie (Baillarger, Hagen, Griesinger, etc....) C'est une vue de l'esprit analogue qui a inspiré à Sergi son hypothèse de « l'onde réflexe perceptive » pour expliquer l'objectivation et la localisation dans la perception extérieure.

La même idée se retrouve encore dans des travaux postérieurs et sous une forme plus précise : « La découverte récente,

dit par exemple Bergson, de voies sensorielles centrifuges, nous inclinerait à penser qu'à côté du processus afférent qui porte l'impression au centre, il y en a un autre, inverse, qui ramène l'image à la périphérie ».

Ainsi formulée, cette hypothèse, malgré de grandes différences apparentes, se rapprocherait cependant au fond quelque peu de celle de Tamburini, attribuant la projection extérieure à la connexité des images sensorielles avec des images musculaires.

« La projection à l'extérieur, dit M. Beaunis, des sensations visuelles et auditives est évidemment un acte psychique de raisonnement et une affaire d'habitude. Ainsi, pour l'audition, il est souvent difficile de distinguer les bruits dits entotiques des bruits extérieurs. Il nous a donc fallu, pour projeter ainsi à l'extérieur les espèces de sensations, faire intervenir des des actes psychiques, des raisonnements qui ont très probablement pour bases des sensations musculaires : les sensations musculaires me paraissent, en effet, jouer le principal rôle dans l'extériorité des sensations. »

Ce rôle, d'ailleurs, se retrouve dans la *localisation* des sons dont la direction nous serait connue par l'orientation du conduit auditif externe, autrement dit par la situation de la tête.

Il convient d'ajouter, à ce propos, que le mécanisme psychologique qui nous permet de localiser dans l'espace nos sensations de sons, bien que souvent étudié, n'en est pas moins resté très compliqué et très obscur encore. Pour Stumpf, admettant la théorie de Lotze, de Wundt..... le son de chaque oreille aurait une qualité propre, un *signe local* ; et c'est avec ce signe comme base que des associations mentales construiraient notre pouvoir de localisation. Kries, Bloch, Gellé, Raugé... pensent que la localisation dépend d'un jugement sur la différence d'intensité des sons produits dans les deux oreilles. Preyer admet que les sons, suivant leur position dans l'espace, agissent différemment sur les canaux semi-circulaires de l'oreille interne, et produisent des sensations différentes qui sont les indices de leur position. Pour M. Bonnier, selon l'incidence de l'ébranle-

ment au méat, la colonne d'air du conduit, le tympan, les osselets subissent des oscillations latérales combinées à l'oscillation transversale et déterminent des modifications statiques du liquide labyrinthique permettant à l'ébranlement d'intéresser des points de la papille sacculaire, variables suivant l'incidence, et d'orienter ainsi les sons. Pour beaucoup d'auteurs, les sensations tactiles éprouvées par le pavillon de l'oreille et par la membrane du tympan aident à la localisation des sons. D'autres enfin, Beaunis, Munsterberg, etc..., pensent que la localisation du son provient du mouvement de la tête que l'on fait ou que l'on a une tendance à faire vers la source sonore.

La localisation de l'hallucination auditive peut souvent s'expliquer d'une façon beaucoup plus simple. En effet, dans les cas où l'hallucination se trouve associée d'une manière indissoluble avec une perception réelle, elle prend naturellement la même apparence et la même nature. Quand une malade entend une voix dans le tictac de sa pendule, elle ne peut pas croire que la voix est en elle, et la pendule à l'extérieur, et que les deux n'ont pas la même localisation extérieure. Les images qui s'éveillent au contact des objets extérieurs, tirent de leur origine des propriétés particulières. Elles s'accolent aux impressions qui les suggèrent et, grâce à cette attache sensorielle, elles subissent, par contre-coup, toutes les modifications qu'éprouve la sensation. Il en est de même dans l'hallucination périphérique que dans la perception externe. Si l'image cérébrale qui s'extériorise crée si bien l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce que cette image est associée à des impressions des sens qui lui communiquent leurs propriétés.

En ce qui concerne les hallucinations centrales, il est à noter aussi que l'hallucination n'est pas une manifestation isolée dans l'esprit. Elle se montre constamment accompagnée et soutenue par un certain nombre de perceptions externes. Les malades, au moment même où ils sont assaillis par une hallucination, jugent, à l'aide des mêmes sens, les objets réels avec autant de rectitude qu'une personne raisonnable (Calmeil). Il en résulte que l'objet fictif, créé par l'hallucination, est naturel-

lement placé au milieu des objets extérieurs et se confond avec eux. Le fait de sa localisation se réduit à une simple relation entre lui et les objets réels. Certains psychologues admettent d'ailleurs qu'à l'état normal les perceptions ne sont pas localisées par rapport au moi, mais les unes par rapport aux autres (Souriau).

Il arrive très fréquemment que l'hallucination de l'ouïe ait une localisation peu précise. Mais l'hallucination de chaque sens reproduit fidèlement les traits de la perception correspondante ; et la perception auditive comporte une localisation de son assez peu parfaite, beaucoup moins précise que celle de la perception visuelle.

Nous avons envisagé jusqu'ici les hallucinations bilatérales. Pour les hallucinations unilatérales, il ne faut pas oublier que dans la grande majorité des cas, même dans ceux où l'on rencontre une lésion centrale, il y a une lésion de l'appareil périphérique et que ce sont des sensations subjectives qui fournissent le point de départ de l'hallucination, et déterminent la localisation de l'image qui s'y trouve associée.

Mais on peut, comme nous l'avons vu, se demander si, en réalité, les choses ne sont pas encore plus simples ; et si, lorsque le phénomène semble vraiment unilatéral, tout ne se borne pas souvent à la sensation subjective, le reste n'étant qu'une pure interprétation. Dans la très grande majorité des cas, ces hallucinations sont très simples, élémentaires, et peut-être ne s'agit-il que d'une erreur de localisation de sensations entotiques extériorisées. La chose serait d'autant moins étonnante que cette confusion s'observe même à l'état normal.

L'intervention d'une sensation subjective, ou venue de l'extérieur, et servant de point de repère dans la localisation de l'hallucination pourrait peut-être amener à expliquer de la même manière, à considérer comme de simples hallucinations avec points de repère, les phénomènes intéressants étudiés par MM. Magnan, Dumontpallier, sous le nom d'hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté. Ces auteurs invoquent à ce propos l'indépendance fonctionnelle des

deux hémisphères cérébraux, et s'appuient sur des expériences faites chez les hystériques à qui l'on peut faire éprouver deux hallucinations différentes simultanément, l'une à droite, l'autre à gauche.

Ces conclusions me paraissent bien graves. « Sans préjuger, dit M. P. Janet, de la théorie en elle-même, je crois qu'il faut renoncer à employer ces faits particuliers comme moyen de démonstration. Les hallucinations simultanées et de nature différente sont faciles à reproduire pour les sens qui sont répandus sur une assez large surface et qui peuvent fournir au sujet plusieurs points de repère simultanés. Il n'est pas nécessaire, pour les obtenir, de tenir compte de la division bilatérale du corps ou du cerveau, et on peut facilement répéter toutes ces expériences sur un même côté du corps. Sur mon ordre, Marie a simultanément la sensation de chaleur au pouce de la main droite et de froid au petit doigt de la même main ; elle voit du même côté et par le même œil un tableau gai à côté d'un tableau triste... En un mot, je suis disposé à croire que les différents points du corps et les différents objets ont servi simplement de points de repère dans ces hallucinations bilatérales. »

Il est à remarquer que ce dédoublement hallucinatoire correspond d'ordinaire à une sorte d'antagonisme des idées délirantes, et l'on peut en déduire que son origine première réside probablement dans les phénomènes de contraste psychique (Raggi) qui ne sont autre chose qu'une manière d'être d'une forme normale de l'association des idées, l'association par contraste (de Sanctis).

Nous avons déjà eu l'occasion, à différentes reprises, de signaler en passant l'intervention de l'association des idées dans la genèse de l'hallucination. C'est encore à elle qu'il faut rapporter les hallucinations associées, qui ne représentent qu'une association d'idées différentes, réveillées par l'une quelconque de leurs images respectives, devenue assez vive, assez précise pour s'extérioriser sous la forme hallucinatoire.

On s'explique ainsi très aisément les hallucinations communes

associées et verbales associées. Quant aux hallucinations communes associées à des hallucinations verbales, il suffit pour les comprendre de se rappeler les rapports qui, à l'état normal, unissent entr'eux l'idée et le mot.

Il est un fait psychologique généralement admis aujourd'hui, c'est que le mot n'est que l'auxiliaire de l'idée ; autrement dit, l'idée peut exister sans le mot qui la représente et se forme d'habitude avant lui et sans lui. Elle est indépendante du mot. — Dès lors il n'y a rien de surprenant dans l'existence d'hallucinations associées, dont l'une est formée par une image même d'un objet et l'autre par une image du mot, signe sensible d'un autre objet.

D'autre part, nous savons encore que l'idée d'un objet résulte de l'association de différentes images produites par des impressions sensorielles diverses : le mot, lui aussi, est constitué par différentes images qui s'associent d'une part ensemble, et de l'autre à celles de l'idée. Par suite toutes ces images peuvent se réveiller l'une l'autre (1).

Nous avons ainsi l'explication des hallucinations combinées de toute espèce, n'ayant trait qu'à un seul objet, dont elles intéressent en même temps plusieurs images constitutives différentes. Les études psychologiques sur la perception externe nous ont d'ailleurs appris que nous extériorisons une association d'images comme nous extériorisons une image.

Les conditions qui favorisent la production des hallucinations ne sont pas toujours identiques à elles-mêmes.

(1) Il est une remarque assez curieuse, c'est que, dans certains cas, on retrouve dans le développement des hallucinations une marche parallèle à celle de la formation des idées et du mot. L'enfant entend d'abord le son d'une cloche, le différencie à l'aide d'autres images sensorielles lui donnant l'idée de cet objet, dont on prononce ensuite à son oreille le nom qu'il ne peut exprimer que plus tard. Le persécuté chronique de son côté entend d'abord des sons indistinctifs (hallucinations élémentaires), puis différenciés (hallucinations auditives communes), puis des voix (hallucinations verbales auditives), et n'arrive que plus tard aux voix intérieures (hallucinations verbales motrices).

Un des auteurs qui se sont le plus occupés de cette question, Baillarger, admettait trois conditions de l'hallucination : l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; — la suppression des impressions externes ; — l'excitation interne des appareils sensoriels. — Je n'ai pas à revenir sur cette dernière déjà examinée dans ce qui précède.

Pour Baillarger, l'exercice involontaire des facultés et la suspension des impressions externes favorisent donc au plus haut degré la production des hallucinations. Il fait remarquer qu'il y a pour l'intelligence deux états très différents : dans l'un, les idées sont provoquées et dirigées par la volonté ; dans l'autre, au contraire, l'influence du pouvoir personnel a cessé ; mais la mémoire et l'imagination, soustraites à son empire, continuent d'agir, ainsi qu'on l'observe dans les rêves par exemple. Les hallucinations se produisent-elles indifféremment dans ces deux états, ou exclusivement dans l'un des deux ?

Baillarger, et d'autres auteurs après lui, admettent que l'exercice involontaire des facultés intellectuelles est toujours la condition la plus propre à la production des hallucinations. Autrement dit, elles ne seraient qu'un produit de l'automatisme psychologique.

A l'appui de cette opinion, Baillarger cherche à démontrer que tous les états caractérisés par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par la suspension des impressions externes, sont en même temps le plus souvent accompagnés d'hallucinations psycho-sensorielles. — Que l'exercice de l'attention, surtout quand il est entretenu par des impressions externes, est un obstacle à la production des hallucinations, et les suspend le plus souvent quand elles existent. — Que les causes des hallucinations sont en même temps celles qui produisent l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes. — Que les hallucinés, pendant la durée de leurs fausses perceptions, sont souvent dans un état spécial, caractérisé, outre les hallucinations, par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suspension des impressions externes et l'inertie plus ou moins complète de la volonté.

Il n'y a rien à dire à ces différentes propositions en elles-mêmes. Mais il faut remarquer, d'autre part, qu'elles ne s'appliquent pas à tous les cas. Ce n'est que dans certaines circonstances que l'hallucination se trouve relever ainsi directement de l'automatisme psychologique, par exemple lorsqu'elle se présente dans l'état hypnagogique, dans le rêve, dans les intoxications, la confusion mentale, le délire hallucinatoire, la paranoia aiguë, l'hystérie, etc...

Encore dans ces circonstances, faut-il s'entendre sur ce que Baillarger appelle la suspension des impressions externes. Cela en réalité ne veut pas dire que ces impressions soient réellement suspendues, mais en réalité qu'elles ne sont pas comprises, assimilées par le malade, qu'elles échappent à sa perception personnelle.

Les auteurs anglais, qui se sont beaucoup occupés de ces hallucinations d'origine subconsciente, considèrent, en effet, que les impressions sensorielles jouent un rôle dans leur explosion, à la condition d'être légères et indéterminées, c'est-à-dire d'intéresser au minimum l'activité consciente du sujet.

Mais, ainsi que Baillarger le remarque lui-même, il est d'autres cas, dans lesquels les fausses perceptions sensorielles ont lieu sans que les impressions externes soient complètement suspendues, et l'halluciné assistera plus ou moins éveillé aux scènes que crée son imagination. Quelquefois même il s'établit une sorte de lutte et le malade, malgré ses efforts, est forcé de subir ses fausses perceptions sensorielles.

Dans ces cas comme dans les précédents, ajoute Baillarger, nous retrouvons toujours l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes, comme les conditions principales qui favorisent la production du phénomène.

Sans doute encore cela peut se rencontrer, comme par exemple dans les états vésaniques énumérés plus haut, par intervalles, ou dans la convalescence, ou s'ils sont atténués. Les mêmes conditions peuvent encore entrer en ligne de compte dans certaines formes de délire systématique, très chroniques et

avec démence commençante. Mais dans ce dernier cas en particulier, faut-il conclure que telles sont les conditions principales, premières, du phénomène ?

Aujourd'hui que l'on est mieux fixé sur les rapports d'identité qui existent entre l'hallucination et la représentation mentale, on ne peut se refuser à admettre, ainsi que le faisait Baillarger, que l'hallucination puisse être comme le plus haut degré de la méditation et pour ainsi dire le couronnement de l'idée fixe, et c'est ainsi que l'hallucination se présente chez certains aliénés.

Chez les délirants systématiques chroniques, persécutés et mystiques par exemple, M. Chaslin a bien mis en lumière cette genèse de l'hallucination, et montré que dans ces formes d'aliénation, il ne peut y avoir d'hallucination, du moins au début, qu'autant que l'idée délirante antérieure à l'hallucination contient une image qui pourra à un certain moment se transformer en la sensation même.

Le sens qui présente des hallucinations prédominantes est déterminé par la nature même des représentations mentales qui constituent l'idée délirante.

A ce propos, en ce qui concerne la fréquence et la genèse des hallucinations de l'ouïe chez les persécutés systématiques, M. Chaslin montre bien le rôle de l'idée délirante, la première en date, et le caractère de cette idée qui n'est point une idée abstraite : c'est un fait qu'elle représente dans l'esprit du malade persécuté, et ce par l'intermédiaire d'images surtout auditives. Ce sont ces images auditives qui, ultérieurement, en se développant deviennent des hallucinations.

Pour que ce développement puisse s'effectuer, il est deux conditions nécessaires : 1° la croyance qui fait que le malade porte sans cesse son attention sur son idée et en écarte par cela même toutes les idées intermédiaires (Pariset) ou, comme le dit Taine, les réducteurs antagonistes ; 2° l'attention par suite de laquelle le malade creuse ses idées, les rumine sans cesse et arrive, peu à peu, à constituer complètement son délire.

Si la croyance à l'hallucination peut tenir dans certains cas à la précision de l'image, à la diminution d'activité des sens et

au défaut de contrôle des autres sens, il en est d'autres où la croyance précède l'hallucination, qui n'est plus que la traduction sensorielle d'une idée en rapport avec un très grand nombre de faits faisant partie de la conscience personnelle du sujet; et dans ces cas l'effort intellectuel n'est pas étranger à sa production. Si l'on ne peut pas dire absolument que le malade veuille avoir ces hallucinations, il y porte du moins un intérêt énorme, et met à leur service son activité mentale et les ressources de son imagination pathologiquement déviée.

Au terme de ce travail, il serait naturel de résumer en quelques conclusions la physiologie pathologique, le mécanisme de l'hallucination de l'ouïe. En réalité, cela me semble bien difficile et serait peut-être téméraire. A part la notion définitivement acquise de l'intervention nécessaire des centres corticaux dans la production de l'hallucination, nous ne sommes pas beaucoup plus avancés sur les autres points qu'il y a cinquante ans. Si nous avons rectifié quelques erreurs, acquis quelques connaissances de détail, il n'en est pas moins vrai qu'il est aujourd'hui encore impossible de formuler une théorie générale, exacte et durable, de l'hallucination, surtout de l'hallucination de l'ouïe. Outre que le phénomène est très variable en lui-même, que le mécanisme en peut différer suivant les cas, il faut bien avouer que nous ne connaissons guère l'audition normale. Aussi la question n'est-elle pas mûre pour une solution précise. S'il fallait à tout prix une conclusion à ce rapport, jusqu'à ce que de nouvelles recherches nous aient fait entrevoir la lumière, je me bornerais, pour ma part, à citer le mot bien connu : « Sçavoir, c'est connoistre que l'on ignore ».

75

TABLE DES MATIERES

Nancy. — Imprimerie A. Crépin-Leblond, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).

LA

SÉMÉIOLOGIE DES TREMBLEMENTS

Rapport du D[r] Lucien LAMACQ

L'étude complète des tremblements dépasserait de beaucoup les limites du simple rapport que j'ai l'honneur de présenter au Congrès de Neurologie. Ce symptôme se présente à l'observateur sous des formes si variées que son examen approfondi demanderait un temps beaucoup plus long que les quelques semaines qui, par suite de circonstances spéciales, m'ont été accordées. Peut-être aussi ce travail d'ensemble ne présenterait-il pas grand intérêt et n'ajouterait-il pas grand chose à la thèse remarquable de M. Fernet (1), ni à l'article magistral que M. le professeur Demange a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Depuis lors, des acquisitions importantes ont certes été faites, mais quelques-unes sont en vérité trop connues pour que je me permette d'en parler longuement : ainsi, les tremblements hystériques ont été décrits par M. Pitres et par M. Rendu, puis le professeur Charcot et ses élèves, MM. Dutil et Souques, ont insisté avec raison sur le caractère si important qu'ils possèdent de pouvoir imiter, d'une façon parfaite, tous les tremblements décrits. Je ne dirai non plus rien des tremblements mercuriel, saturnin, alcoolique dont on a

(1) FERNET, *Thèse* d'agrégation, Paris, 1872.

pu démontrer la fréquente origine hystérique. Je ne pourrai que profiter de l'examen des quelques cas observés pendant mes visites dans le service de M. le professeur Pitres pour jeter un coup d'œil rapide sur la valeur séméiologique des tremblements en général.

*
* *

On dit qu'une partie du corps tremble quand elle décrit une série d'oscillations rythmiques de part et d'autre de sa position d'équilibre.

Non seulement les membres peuvent être atteints, mais encore les paupières, les yeux (nystagmus), les lèvres, la langue, la tête, la machoire inférieure, la rotule (1).

Classification

Pour faciliter l'étude des tremblements, on les classe d'habitude de la façon suivante :

1° *Tremblements au repos* (Type de la paralysie agitante).
2° *Tremblements dans les mouvements volontaires* (Type de la sclérose en plaques).

Et on les distingue des mouvements arythmiques :

3° *Contractions anormales au repos* (chorées) (2).
4° *Contractions anormales dans les mouvements* (ataxie).

Nous verrons plus tard combien cette classification indispensable, que l'on ne saurait remplacer, se trouve souvent en

(1) FÉRÉ, Attaques de tremblement chez les épileptiques (*Rev. de méd.*, 1891, p. 513).
(2) Voir GRASSET, *Leç. cliniques*, p. 468.

défaut par suite du polymorphisme fréquent d'un même tremblement. Nous verrons aussi que la définition même des tremblements, si elle répond à la généralité des cas, laisse de côté cependant certaines formes limites qui peuvent se transformer aisément en mouvements anormaux, ou qui leur sont intimement alliées.

Quoi qu'il en soit, on divise encore les tremblements, suivant le nombre de leurs vibrations, en

Tremblements lents : 3 à 5 oscillations par seconde (paralysie agitante, tremblement sénile, etc.).

Tremblements moyens : 6 à 7 oscillations (sclérose en plaques).

Tremblements rapides, dits vibratoires : 8 à 9 oscillations (goître exophthalmique, paralysie générale).

Il ne semble pas que cette classification donne tous les résultats que l'on pouvait en espérer. — Si, en effet, dans quelques cas, on trouve sur un même tracé un nombre à peu près constant d'oscillations par seconde — trépidation épileptoïde, goître exophthalmique, neurasthénie — il en est d'autres où l'on trouve une variation par trop grande ; du simple au double, par exemple, dans quelques cas de paralysie générale. — En outre, le nombre des secousses varie aussi beaucoup suivant les malades ; dans le tremblement héréditaire, on peut observer de 5 à 9 oscillations par seconde. Sur le tableau, nous voyons que, dans la paralysie générale, le nombre des secousses est de 8 à 9 par seconde. Or, sur des tracés pris dans le service de M. le professeur Pitres, je vois ce chiffre descendre à 4, 6 par seconde. On ne peut donc appliquer cette méthode de classement à tous les tremblements, mais la plupart du temps ce n'est pas un grand inconvénient parce que leur aspect clinique peut être caractéristique.

J'ai dû formuler ces quelques critiques pour montrer combien nous sommes désarmés quelquefois, à ce point qu'il n'est

pas très rare de rencontrer des tremblements qui ne peuvent trouver place dans les cadres actuels.

* * *

On a souvent étudié le tremblement des mains et c'est lui que nous aurons en vue le plus souvent. Mais les mains ne tremblent-elles que dans les cas pathologiques ? S'il en était ainsi, nous aurions là un symptôme des plus précieux, mais il n'en est pas ainsi, du moins pour le tremblement à forme vibratoire. — M. le professeur Pitres a examiné à ce point de vue 1.000 sujets — 500 hommes et 500 femmes — n'ayant, bien entendu, aucune affection à tremblement, et voici les chiffres qu'il a trouvés.

	TREMBLEURS	NON TREMBLEURS	TOTAUX
Hommes...	199	301	500
Femmes...	201	299	500
	400	600	

Soit, en moyenne, 40 trembleurs sur 100 sujets. — Ce nombre peut paraître, et est en effet, considérable ; il le paraît d'autant plus, parfois, que si l'on ne fait cette recherche que sur un petit nombre de personnes, il est possible de ne trouver que peu de trembleurs, ici comme en beaucoup d'autres études, on peut trouver des *séries*. Mais il est probable que, sur un nombre aussi élevé, l'effet des séries doit être bien atténué.

Ce tableau montre ce fait intéressant, auquel on ne pouvait guère s'attendre, c'est que le nombre des trembleurs est le même chez les femmes que chez les hommes. D'où nous pouvons conclure aussi que ce n'est pas le tremblement émotif simple auquel nous avons affaire, car, sans conteste, les femmes sont bien plus impressionnables que les hommes et elles auraient

donné une proportion plus élevée. Ce n'est pas non plus le tremblement alcoolique, car il y aurait sûrement une proportion plus forte du côté des hommes.

Du reste ce tremblement ne diffère pas du tremblement émotionnel ; il est de petite amplitude, à oscillations rapides, et, par cela même se rapproche aussi beaucoup de la trémulation si bien décrite par M. Pierre Marie dans le goître exophthalmique ; aussi nous pensons qu'il est juste de réunir ces diverses formes sous le même nom de *tremblements névropathiques.*

Cette même forme de tremblement vibratoire a été recherchée par M. Pitres dans l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies. Voici les résultats obtenus :

Hystérie...	Hommes...	7	avec tremblements...	2
			sans tremblements...	5
	Femmes ...	42	avec tremblements...	15
			sans tremblements...	27
Total.......			Trembleurs......	17
			Non trembleurs ..	32

Moyenne : 1 trembleur sur 3 hystériques, ou environ 34,6 p. 100.

Neurasthénie (139 cas)	Hommes...	61	avec tremblements	54
			sans tremblements	7
	Femmes ...	78	avec tremblements	66
			sans tremblements	12
Total.......			Trembleurs.....	120
			Non trembleurs..	19

Moyenne: 85 trembleurs sur 100 neurasthéniques.

Epilepsie (51 cas)	Hommes ..	23	avec tremblements	7
			sans tremblements	16
	Femmes ...	28	avec tremblements	3
			sans tremblements	25
Total.......			Trembleurs......	10
			Non trembleurs ..	41

Moyenne : 20 trembleurs sur 100 épileptiques.

Bien entendu, il ne s'agit pas ici du tremblement qui pré-

cède, suit ou constitue même parfois à lui seul l'accès d'épilepsie, et dont M. Féré s'est occupé à diverses reprises (1).

Vésanie (28 cas).....	Hommes...	8	avec tremblements.....	3
			sans tremblements.....	5
	Femmes...	20	avec tremblements.....	4
			sans tremblements.....	16

Total.......	Trembleurs......	7
	Non trembleurs ..	21

Moyenne : 25 trembleurs sur 100 vésaniques.

Nous remarquons tout de suite le grand nombre de trembleurs chez les neurasthéniques, nous y reviendrons plus tard. Les épileptiques offriraient moitié moins de trembleurs que les sujets normaux ; peut-être ce résultat est-il dû à ce que les accès sont suivis d'une longue période de dépression, peut-être aussi au traitement bromuré que ces malades suivent presque constamment. Le nombre si faible de trembleurs observé chez les vésaniques ne peut s'expliquer que si l'on a surtout affaire à des formes dépressives. En somme, bien qu'à l'état normal le tremblement vibratoire soit très fréquent, il conserve une valeur séméiologique très grande dans la neurasthénie, où il est presque constant, dans le goître exophthalmique où il l'est tout à fait, ce qui, dans ce dernier cas, facilite beaucoup le diagnostic des formes frustes.

Nous avons dit que la langue pouvait trembler. M. Pitres a recherché quelle pouvait être la fréquence de ce symptôme chez des sujets normaux ; il a obtenu le tableau suivant :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Mains tremblant seules..	53	52	105
Langue tremblant seule..	23	29	52
Les deux à la fois.......	112	98	210
Ni l'un ni l'autre.......	216	208	424

(1) FÉRÉ, *Les épilepsies et les épileptiques*. — Id., Attaques de tremblement chez les épileptiques (*Rev. de Méd.* 1891.) p. 513.

En somme, 791 sujets examinés. Les moyennes sont :

Tremblement des mains seules......	13,20 p. 100
— langue seule	6,45 p. 100
Les deux à la fois..................	26,16 p. 100

On retrouve bien pour les mains, au total, le nombre de 40 pour 100 déjà donné plus haut ; pour la langue, nous trouvons qu'elle tremble chez 32,61 pour 100 des sujets examinés. La trémulation isolée de la langue, à l'état normal, est assez rare, d'après ce tableau, mais elle acquiert une fréquence très grande si l'on compte les cas où elle est associée au tremblement des mains.

Il nous a paru qu'il ne serait pas dépourvu d'intérêt d'examiner aussi le tremblement des paupières, bien que ce phénomène puisse être occasionné souvent par des troubles de la réfraction, suivant la remarque qui nous a été faite par notre ami M. Cabannes, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté, qui l'aurait observé surtout chez les myopes. Quoi qu'il en soit, nous avons relevé les nombres suivants, avec M. Abadie, externe du service, dans les registres de la consultation externe de M. Pitres, et sur un nombre égal d'étudiants en médecine.

Sur 100 malades atteints d'affections du système nerveux les plus variés :

68 tremblent, soit 68 pour 100.

Parmi eux, 30 ont un seul tremblement, soit :

Des mains.................	7
De la langue	8
Des paupières	15
Total...........	30

23 ont 2 tremblements associés :

Mains et langue..	5
Langue et paupières.........	8
Mains et paupières	10
Total...........	23

15 sujets ont les 3 espèces réunies.

Si nous réunissons les nombres qui correspondent à chaque tremblement, nous trouvons :

Mains.................	37 p. 100
Langue...............	36 p. 100
Paupières.............	48 p. 100

Il est curieux de constater que les paupières tremblent beaucoup plus souvent chez ces malades que les mains et la langue. Mais cette différence n'est que la reproduction fidèle de ce que l'on voit chez les sujets normaux.

63 étudiants en médecine présentent :

51 trembleurs, soit 80 pour 100 environ.

30 ont un seul tremblement ; ils se classent ainsi :

Mains seules	11
Langue..................	3
Paupières...............	16
Total............	30

14 ont deux tremblements associés :

Mains et langue..........	2
Langue et paupières.......	7
Mains et paupières	5

7 ont les tremblements réunis.

Soit au total, pour chaque région :

Mains............	25	soit	39,6	p. 100
Langue...........	19	—	30,0	p. 100
Paupières.........	35	—	55,5	p. 100

Il semble résulter de ces nombres que le tremblement des paupières n'a pas une valeur séméiologique très importante, car il est aussi fréquent à l'état normal que dans les diverses affections.

Sur les 15 *hystériques*, nous trouvons que :

6 ont du tremblement palpébral.
9 n'en ont pas.

Pour la neurasthénie, la différence est encore plus minime ; sur 11 malades, 6 ont ce tremblement, 5 ne l'ont pas. Enfin, dans le *mal comitial*, sur 25 cas :

Les paupières tremblent 9 fois, soit 36 p. 100

Le tremblement des paupières, comme le tremblement des mains, paraît donc moins fréquent chez les comitiaux qu'à l'état normal. Mais nous n'en saurions tirer aucune conclusion, car nous n'avons pas recherché si ces malades avaient pris du bromure, ni à quelle époque pouvait remonter leur dernier accès.

Il faut noter aussi que pour bien faire apparaître le tremblement des paupières, il faut demander leur occlusion légère, leur simple abaissement, car si elles sont fortement closes, le tremblement disparaît souvent.

Quant au tremblement de la langue d'après les observations que j'ai pu étudier il paraît avoir, dans la paralysie générale progressive, plus de fréquence que celui des mains, et il peut apparaître avant ce dernier.

Sur 26 cas, j'ai trouvé :

Avec tremblement de la langue...	20	soit près de 80 p. 100.
Sans.........................	6	
Avec tremblement des mains	14	soit 53 p. 100 environ.
Sans tremblement des mains.....	12	

Il ne faut pas oublier que ces malades en général sont au début de leur affection et que plus tard le tremblement des mains devient plus fréquent.

*
* *

Ce tableau montre encore une fois combien souvent le tremblement vibratoire se rencontre à l'état normal. Et encore

ne s'agit-il ici que de celui qui peut être constaté par la simple vue ; or, sans doute, ce nombre serait très sensiblement augmenté si l'on utilisait les appareils enregistreurs si sensibles de Marey. Le peu de temps dont nous disposions ne nous a pas permis de tenter cette expérience. Il est aussi quelques cas pathologiques où ce procédé pourrait avoir son utilité, surtout si l'on recherche le tracé obtenu par la *pression* de la poire de caoutchouc.

M. Pitres, examinant un cas de maladie de Parkinson sans tremblement, les mains étant dans l'attitude du serment, a pu sentir un tremblement très net en se faisant serrer deux doigts de la main par le malade.

Dans un cas de sclérose en plaques sans tremblement apparent des membres supérieurs étendus, nous avons pris le tracé de la pression au moyen de la poire de caoutchouc et nous avons obtenu un tracé qui montre des secousses que l'on ne retrouve pas dans le tracé normal.

Je dois dire que ces phénomènes ont été déjà remarqués par M. Chambard ; ils sont signalés d'une façon formelle dans un travail extrêmement intéressant qu'il a publié dans la *Revue scientifique* (1). « Le sujet, debout, tient, sans le serrer, le tambour entre le pouce et l'index de l'une de ses mains. » Sur le tracé, M. Chambard trouve deux espèces d'oscillations : Les unes régulières, équidistantes, se répètent environ 80 fois par minute et représentent des pulsations artérielles ; « les autres beaucoup plus fines et à peine visibles subdivisent les premières et traduisent certainement un tremblement musculaire, *pour ainsi dire normal*, et d'une finesse extrême que la grande sensibilité du levier inscripteur pouvait seule mettre en évidence ».

Eh bien, sur ce tracé, le nombre des vibrations que je compte est de huit par seconde, le même que sur le tracé suivant pris chez un homme qui n'est pas buveur, mais qui est

(1) CHAMBARD, Recherches myographiques et dynamométriques sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux (*Revue scientifique*, 1881, p. 74).

atteint d'accidents névropathiques nombreux. Nous verrons plus tard quel parti nous pourrons tirer de ces faits.

Je regrette vivement de ne pouvoir reproduire ici les quelques tracés tout à fait remarquables de M. Chambard. Le tracé myographique d'un paralytique général montre que « l'ascension est normale, mais le plateau présente un aspect dentelé qui rappelle les oscillations caractéristiques du tremblement musculaire et présente de grandes analogies avec la courbe que donne un muscle excité par des coups d'induction trop espacés... »

Enfin, le tracé dynamographique, qui est identique à celui que l'on obtient par la pression de la poire de caoutchouc, montre la ligne dentelée à laquelle on devait s'attendre. Ces procédés graphiques ont donc, comme nous venons de le voir, une utilité considérable pour mettre en évidence des tremblements qui, d'ordinaire, passent inaperçus. Qu'il me soit permis de signaler ici, incidemment, le tremblement respiratoire. Il a été signalé, pour la première fois je crois, par MM. Klippel et Boëteau avec tracés à l'appui (1) ; M. Féré a montré sa fréquence chez des épileptiques (2) ; nous avons trouvé nous-même un tracé quelque peu irrégulier dans un cas de sclérose en plaques sans tremblement apparent. Il y a cependant une cause d'erreur qui ne paraît pas avoir été évitée par M. Béchet (3) ; quand les membres tremblent d'une façon continue, comme dans la paralysie agitante, le tracé pneumographique inscrit en même temps les secousses rythmiques transmises au thorax par les membres supérieurs.

Dans le même ordre d'idées, l'appareil imaginé par M. Le-Filliâtre pour étudier le tremblement de la langue chez les paralytiques généraux pourrait servir aussi à déceler les tremblements minimes de cet organe. Nous ne nous en occuperons pas plus longuement, parce qu'en somme, ce que nous dirons du

(1) Klippel et Boeteau.

(2) Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 172. — Id., *Rev. de méd.*, 1891, p. 519.

(3) Béchet, *Thèse*, Paris, 1892, p. 155.

tremblement des mains pourra s'appliquer aux tremblements des diverses parties du corps.

Rapports des tremblements avec les mouvements anormaux.

Voici les tremblements classés, mis en évidence par les procédés les plus délicats. Avant de pouvoir apprécier leur valeur séméiologique, il est bon de voir quels rapports ils peuvent avoir entre eux et avec les mouvements anormaux, et nous découvrirons peut-être qu'ils ne constituent pas toujours un symptôme bien distinct, ayant par lui-même une valeur indiscutable au moins dans quelques cas.

Ainsi, chez un même malade, on peut observer des mouvements choréiformes dans un membre, des tremblements dans un ou plusieurs segments de ce même membre. J'ai pu étudier un malade atteint de mouvements choréiformes au repos, dans les membres du côté droit ; or, il présentait en même temps un tremblement rythmique continu du pouce droit et, par instants, un tremblement latéral de la tête. La jeune Aug. Friéville, atteinte de tremblement héréditaire présente de petits mouvements choréiformes peu étendus, au repos, de la tête, du cou et des membres.

Nous avons pu trouver des associations analogues, assez fréquentes, dans des cas de tics simples, de paramyvelonus multiplex, mais surtout dans les formes post-hémiplégiques qui peuvent présenter les combinaisons les plus variées.

Mais, peut-on objecter, ce sont là des cas exceptionnels qui, par cela même, n'ont pas une valeur absolue. C'est possible ; cependant voici la maladie de Friedreich où il est fréquent d'observer l'association des mouvements choréiformes et du tremblement intentionnel. On peut saisir pour ainsi dire sur le fait,

la transformation graduelle du tremblement simple en mouvements arythmiques dans l'intoxication hydrargyrique professionnelle. Au début, on y observe un tremblement vibratoire, pouvant même ne devenir apparent que si le sujet éprouve quelque émotion. Plus tard, le tremblement devient analogue à celui de la sclérose en plaques, sauf les trémulations remarquées au repos ; plus tard encore, à une période très avancée de l'intoxication, à la suite des accès intenses, le tremblement mercuriel prend un aspect tout à fait comparable à la chorée de Sydenham.

Je sais bien que M. Letulle, le professeur Charcot, M. Dutil, et d'autres encore, ont montré la présence fréquente de l'hystérie dans ces cas, et que, dans ces conditions, nous ne saurions nous étonner de ce polymorphisme si étrange au premier abord. Il en serait de même pour le saturnisme où l'on peut observer, outre le tremblement vibratoire, la trémulation à forme de paralysie agitante, l'hémichorée et le pseudo-tabes. Je ne crois pas cependant que l'on puisse soutenir, d'une façon vraiment scientifique, que *toutes* ces manifestations soient de nature hystérique, et personne d'ailleurs n'a encore émis cette affirmation qui donnerait au terme « hystérie » un sens tout à fait abusif.

Je crois donc avoir le droit de dire que le tremblement simple peut, dans certains cas, se transformer en mouvements arythmiques choréiformes ou ataxiformes (1).

Du reste, nous ne pouvons, jusqu'à présent du moins, examiner les tremblements qu'au moyen de la vue et de l'inscription graphique. Or, l'inspection simple peut être, personne ne le niera, la source d'erreurs multiples. Comment distinguer, de cette façon, le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques de l'ataxie légère des membres supérieurs ? Ce n'est pas toujours facile, et je n'en veux pour preuve que la défi-

(1) J'ai pu, dans plusieurs cas de sclérose en plaques, de tremblement sénile, observer dans les doigts au repos, des mouvements ou plutôt des secousses tout à fait arythmiques.

nition des mouvements volontaires dans la maladie de Friedreich donnée par deux neuropathologistes des plus éminents. M. Marie (1) nous dit : « Ce tremblement (intentionnel) n'est pas manifeste dans tous les cas, tant s'en faut, mais quand il existe, il rappelle *très exactement* celui de la sclérose en plaques ; j'ai suffisamment insisté sur ce symptôme à propos de cette maladie pour me dispenser d'y revenir ici ». Or, M. Grasset compare ces mouvements à l'incoordination motrice des membres inférieurs et, dans le tableau diagnostique de la page 840 (2), je trouve pour la même affection : « *Ataxie* des mouvements volontaires dans les membres supérieurs et inférieurs ».

La méthode graphique ne nous permet pas d'éviter les erreurs de la vue : elle donne bien le rythme, l'amplitude des mouvements, mais elle ne saurait en montrer d'une façon précise les changements de direction, de plan, ce qui serait un résultat des plus importants. Je ne pense pas que l'appareil de M. Magnol (3) puisse fournir des indications bien faciles à interpréter dans les cas complexes (4).

Il faut bien avouer aussi que certaines erreurs sont inévitables de par la nature même des faits. Nous avons donné une définition du tremblement, c'est notre droit, mais cette définition est absolue ; or les phénomènes que nous étudions ne sont pas absolus, eux, et si nous examinons d'un peu près les tracés obtenus chez des alcooliques, des paralytiques généraux, des scléreux, par exemple, nous sommes obligés de reconnaître que le rythme y est souvent bien altéré, ce qui est un acheminement vers les mouvements arythmiques.

(1) Pierre Marie, *Leçons sur les mal. de moelle*, 1892, p. 386.

(2) Grasset, *Maladies du système nerveux*, t. I, p. 840.

(3) Magnol, *Thèse*, Montpellier, 1894.

(4) Peut-être la photographie pourrait-elle donner quelques résultats utiles.

Rapports des tremblements entre eux.

Si parfois il est peu aisé, avec nos méthodes, de distinguer certains tremblements d'avec les mouvements anormaux, à plus forte raison pouvons-nous être embarrassés dans la description des divers tremblements simples. Ici encore, la vue, les procédés de Marey, ne permettent qu'une étude incomplète des mouvements et leur classification, forcément schématique, ne saurait englober les innombrables formes de transition.

Admettons, avec M. Grasset, la division suivante :

1° *Tremblement au repos* (Type paralysie agitante).

2° *Tremblement dans les mouvements volontaires* (1) (Type sclérose en plaques).

Je vais montrer que ces deux classes ne sont pas tout à fait isolées, puis que, dans chacune d'elles, les subdivisions elles-mêmes ne sont pas toujours précises.

Il y a des formes de transition entre les deux classes.

Je ne fais que citer le tremblement mercuriel, qui, existant au repos, prend une forme spéciale dans les mouvements volontaires, c'est là sa caractéristique.

Nous avons vu que, par définition, le tremblement de la paralysie agitante existe au repos. Or, il n'en est pas toujours ainsi, même dans des cas déjà anciens. M. Magnan (2) a observé un malade qui présentait tous les signes de la paralysie agitante et chez lequel le tremblement ne se produisait que sous l'influence d'efforts ou de mouvements exigeant une certaine attention. J'ai pu observer des malades de ce genre ; mais, le plus souvent, le tremblement était manifesté au repos dans l'une des mains et ne se voyait dans l'autre main qu'au moment de l'exécution d'un mouvement — les derniers faits ont

(1) Grasset, *Leçons cliniques*, p. 468 et suiv.

(2) Magnan, *Société biologie*, 13 déc. 1879.

pu même être décrits comme une association de tremblement de Parkinson et de tremblement sénile. — D'après M. Grasset (1), en effet, « le tremblement provoqué par toute contraction accompagnée ou non de déplacement, naissant du fait même de la contraction musculaire et ne s'exagérant en aucune façon par les mouvements » constitue le type du tremblement sénile.

Les cas que j'ai observés et que je viens de citer, montrent qu'il ne s'agissait pas, en réalité, d'un tremblement sénile, tel qu'il est défini par la généralité des auteurs, mais bien d'un tremblement de Parkinson qui ne devenait apparent que dans les petits mouvements volontaires, parce que je l'ai vu prendre plusieurs fois la même forme caractéristique observée dans l'autre main.

Quoi qu'il en soit, ces faits montrent combien il peut être difficile parfois de distinguer le tremblement de Parkinson du tremblement sénile. Et, en vérité, leur identité morphologique a même été acceptée par M. Demange (2) qui place, dans la classe des névroses, le tremblement sénile tout à côté de la paralysie agitante.

Pour ma part, sans m'occuper des rapports de ces névroses entre elles, je crois que très souvent il est impossible de distinguer les deux tremblements l'un de l'autre.

M. Demange a déjà montré que la trémulation parkinsonienne pouvait envahir la tête ; d'autre part, le tremblement sénile peut parfaitement épargner cette partie du corps.

Mais examinons d'un peu près les mains de Madame D..., âgée de 58 ans, atteinte de paralysie agitante. La main droite, au repos, peut rester sans trembler pendant des périodes assez longues ; pour faire apparaître les secousses, il suffit d'un léger mouvement volontaire. Les secousses, une fois obtenues, présentent les formes les plus diverses : tantôt, les doigts sont immobiles, à demi fléchis, et la main seule exécute des mouvements rythmiques de flexion et d'extension autour du poignet.

(1) *Leçons cliniques*, p. 486 et suiv.

(2) Demange, Le tremblement sénile (*Rev. de Méd.* 1882).

Au bout d'un moment, on peut voir les oscillations de la main persister tout en diminuant d'amplitude et alors les doigts et le pouce se rapprochent les uns des autres en mouvements d'opposition rythmés. Parfois seulement les doigts paraissent rouler un crayon, émietter du pain. Le simple pincement de la peau arrête tout à fait ces mouvements.

Le tremblement varie donc, non seulement avec les malades, mais encore chez le même sujet. Or, il en est de même pour ce que nous avons appelé le tremblement sénile. Il est très rare de trouver ce symptôme avec tous les caractères exigés par la définition classique (1) ; il peut exister au repos, et nous pourrions en citer quantité d'observations ; il est accru ou diminué ou supprimé par les mouvements volontaires. Et, de plus, quand il siège aux mains, il peut imiter parfaitement le tremblement parkinsonien.

J'en dirai tout autant du tremblement héréditaire (2), que l'on ne saurait souvent par son aspect distinguer du tremblement sénile ; lui aussi est essentiellement polymorphe, lui aussi peut exister au repos ou n'apparaître qu'à l'occasion des mouvements volontaires, qui augmentent ou diminuent son intensité. De plus le professeur Charcot, parlant de la chorée de Huntington, a montré que l'hérédité ne saurait suffire à motiver la création d'une forme spéciale, car cette hérédité peut se rencontrer dans beaucoup d'affections. On a pu observer ce tremblement chez des enfants d'alcooliques trembleurs. Le nombre des oscillations ne peut non plus servir à distinguer les deux tremblements ; il varie d'ailleurs avec les sujets, et si M. Debove a pu trouver 8 à 9 secousses chez ses malades, M. F. Raymond, de son côté, n'en a trouvé que 4 (3). Aussi Charcot a-t-il pu dire avec raison : « le tremblement héréditaire ne paraît pas différer essentiellement du tremblement sénile ». Dans une même classe, il y a des formes de transition entre les divers tremblements.

(1) Comme le dit souvent M. Joffroy, il n'y a pas de signe pathognomonique du tremblement sénile. Voir Bourgarel, *Thèse* Paris, 1887.

(2) Debove, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1891.

(3) Raymond, *Bull. médical*, 1892.

M. Demange, par exemple, a observé un cas de paralysie générale à forme dépressive, sans aliénation, dans lequel il existait un tremblement des membres supérieurs qui simulait tout à fait celui de la sclérose en plaques (1). Zaeler a décrit depuis une forme mixte constituant la transition de la paralysie générale progressive à la sclérose en plaques.

J'ai pu constater, dans certains cas de tremblement sénile, chez des vieillards de l'hospice Pellegrin à Bordeaux, que les secousses rythmiques augmentaient considérablement d'amplitude à mesure que la cuiller pleine de soupe s'approchait des lèvres, à tel point que parfois elle y arrivait tout à fait vide, à la grande colère du vieillard. On aurait cru voir un cas de tremblement identique à celui de la sclérose en plaques. On a dit, que dans le tremblement sénile les oscillations augmentaient d'intensité avec l'effort produit, tandis que dans le sclérose en plaques l'accroissement d'amplitude était régulièrement progressif. C'est une distinction subtile et qui me semble peu sûre. Le tremblement de la sclérose en plaques a été, je crois, un peu trop schématisé et les tracés que l'on en donne comme caractéristiques dans les traités classiques ne ressemblent que de très loin au tracé, déjà demi-schématique cependant, donné par Charcot (2). J'ai voulu montrer par cet exemple que, dans la description des tremblements, des caractères absolus ne sont plus conformes à la réalité. Dans un cas de sclérose en plaques, Magnol (3) dit : « L'influence du repos est manifeste ; les oscillations diminuent considérablement, mais, fait nouveau, ne disparaissent pas complètement » (4).

Enfin les tremblements vibratoires ne sauraient être différenciés les uns des autres d'une façon certaine, même par les procédés graphiques ; ils sont, à peu de chose près, identiques

(1) Demange, *Rev. méd. de l'Est*, 1881.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III. p. 211.

(3) Magnol, *Thèse*, Montpellier, 1894.

(4) Voir aussi *in thèse* Bourgarel, Paris 1887 les obs. 46, 47, où le tremblement sénile est aliié au trembl. de la sclérose en plaques.

dans le goître exophtalmique, la neurasthénie, l'émotivité, certains cas d'alcoolisme, etc. Chez tous, on peut observer cette augmentation presque rythmique dans l'amplitude des oscillations désignée par Fernet sous le nom de nœuds. M. Marie a montré la présence de ces nœuds dans le goître exophtalmique, on peut les retrouver dans la neurasthénie et même le tremblement sénile.

On a voulu distinguer le tremblement alcoolique en notant des secousses isolées des doigts. Or ce tremblement n'a pas toujours la même forme et il n'est pas rare de le voir affecter le type vibratoire simple.

*
* *

Un tremblement donné ne correspond pas d'une façon absolue à une lésion toujours identique, ni à la même affection.

Il ne s'agira plus ici du tremblement vibratoire dont nous avons indiqué plus haut la présence dans de nombreuses affections. Tout le monde sait que le tremblement de la sclérose en plaques peut s'observer aussi dans la méningite cervicale hypertrophique, dans certains cas d'hémiplégie.

Mais il est des cas spéciaux, quelque peu étranges, dont l'examen approfondi est absolument nécessaire et fait partie intégrante de notre sujet. Certaines affections peuvent-elles présenter un tremblement autre que celui qui leur est habituel ? Il existe des observations qui tendraient à le faire croire.

Mœbius (1) rapporte l'histoire d'une femme de 50 ans qui, à la suite d'émotions morales pénibles, fut prise d'un tremblement de la main droite rappelant absolument le type de la paralysie agitante. Bientôt survint de l'amaigrissement, puis tous les symptômes de la maladie de Basedow se manifestèrent.

M. Sachs (2) cite les observations suivantes : elles sont si importantes que je transcrirai l'une d'elles à peu près en entier.

(1) Mœbius, *In. Rev. des soc. méd.*, vol. XXIII, p. 529.

(2) Sachs, *New-York*, *méd. journ.*, sept. 1894.

1er cas. — Jeune homme âgé de 20 ans. A 5 ans, il a une attaque convulsive avec perte de connaissance. A 20 ans, chute de voiture, grande frayeur, tremblement de la jambe gauche puis du bras. Cinq mois après, les mêmes symptômes se montraient au côté droit. Aspect immobile de la face ; tremblement rythmique des membres et de la tête. M, Sachs diagnostique une paralysie agitante. Mais quelque temps après, apparition de nystagmus, parole scandée, tous les réflexes sont exagérés. Il conservait en même temps le tremblement caractéristique de la paralysie agitante, la propulsion est très marquée, les contractures sont tout à fait semblables à celles de la maladie de Parkinson.

Dans le même travail il y a deux autres observations du même genre.

Devons-nous les accepter comme probantes ? Je ne le crois pas. D'abord, il n'y a pas d'autopsie. Ensuite, l'absence de l'hystérie n'y est pas suffisamment démontrée. Et, quoi qu'en dise M. Buzzard (1), la « grande simulatrice » est encore trop souvent oubliée ; le professeur Charcot a dit, avec juste raison, que bien des maladies considérées comme la conséquence de lésions organiques ne sont pas autre chose que des manifestations purement hystériques.

Et dès lors, on est en droit de se demander si cette explication ne pourrait s'appliquer, au moins dans quelques cas, au polymorphisme des tremblements post-hémiplégiques. M. Demange (2) et son élève, M. Ricoux (3), ont montré qu'il n'y avait aucune relation constante entre le siège de la lésion cérébrale et la nature du tremblement. Ils décrivent des formes mixtes, provenant de la transformation des mouvements anormaux à l'occasion d'un mouvement. De plus, au bout de quelque temps, un tremblement peut être remplacé par un autre ;

(1) Buzzard, cité par Grasset, *in. Leç. clin.*. pp. 468 et suiv.

(2) Demange, Tremblement pré et post hémiplégiques (*Revue de médecine*, 1883).

(3) Ricoux, *Thèse*, Nancy, 1882.

enfin l'hémichorée et l'hémiathétose peuvent se trouver unies aux autres formes d'hémitremblement.

Ces variations du tremblement chez un même sujet, tous les signes que je viens d'énumérer ne doivent-ils pas éveiller nos soupçons et nous faire songer qu'il peut être parfois de nature purement fonctionnelle ?

M. Bernheim (1), cité par M. Ricoux, rapporte l'histoire d'un vieillard, âgé de 64 ans, qui devient d'abord hémiplégique gauche avec tremblement, puis hémiplégique droit. Après une certaine amélioration, le malade peut marcher en fauchant, mais le tremblement resta généralisé aux quatre membres et alla progressant ; il a le type du tremblement de la sclérose en plaques.

M. Bernheim applique une barre aimantée, tantôt à la jambe, tantôt à la face et la laisse en place 24 heures à chaque séance (5 séances), et on constate une action curative de l'aimant sur l'hémianesthésie, le tremblement et la trépidation réflexe qui ont disparu. Seule la contracture du membre supérieur s'est reproduite.

A la consultation externe de M. Pitres, j'ai pu observer un nommé P..., âgé de 56 ans, sans aucun antécédent névropathique, qui se présente pour un tremblement du bras gauche. Le malade est diabétique ; en novembre 1895, il a été atteint d'hémiparésie alterne (membres du côté gauche et la joue droite); nouvel ictus au même point en décembre. La face est déviée, il y a de la contracture du bras avec exagération du réflexe rotulien à gauche ; il est aboli à droite ; pas de nystagmus ni de troubles de la parole. Les membres du côté droit sont en parfait état. Quand le bras gauche est au repos, on ne remarque aucun mouvement anormal ; quand P... porte un verre à ses lèvres, les grandes oscillations que l'on observe dans la sclérose en plaques apparaissent. Analgésie de tout le bras droit. Je fais appliquer l'aimant sur le bras pendant dix minutes ; alors le tremblement intentionnel a tout à fait disparu,

(1) Bernheim, *Rev. méd. de l'Est*, 1881. — Voir *Thèse* Ricoux.

la sensibilité du bras est à peu près normale. La contracture, la parésie des membres, la déviation de la face ont persisté. Le lendemain le tremblement n'a pas reparu. Le champ visuel est rétréci.

L'hystérie seule semble pouvoir expliquer le cas de Schultze où l'on voit un malade présenter le tremblement de la paralysie agitante et l'autopsie montrer des lésions typiques de la sclérose en plaques.

Voici encore une malade de M. le professeur Pitres, âgée de 55 ans, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel. Il y a 5 ans, peu à peu, s'installe sans cause connue, une coccygodynie qui résiste à tous les traitements et qui devient si intense que la malade ne peut reposer ni jour ni nuit. Elle est atteinte de tremblement sénile depuis 4 ans ; le champ visuel n'est pas rétréci et il n'y a aucun signe d'hystérie. M. le professeur Pitres fait faire la ponction lombaire par M. Villar ; aucun liquide ne sort. Mais dès ce jour même, la douleur disparaît, le tremblement aussi. Cependant, *rien ne pouvait montrer* la nature hystérique de ce tremblement.

« Certains cas de tremblements chroniques, dit M. Pitres, qu'on aurait décrits jadis sans hésitation comme des exemples de paralysie agitante ou de tremblement sénile de cause psychique seraient sans doute rattachés avec plus de raison au groupe des tremblements hystériques » (1). M. Pitres base son opinion sur la fréquence du rétrécissement du champ visuel dans ces cas ; nous venons de voir un exemple où ce symptôme lui-même faisait défaut.

On a remarqué combien le tremblement à forme de sclérose en plaques est assez fréquent après les maladies infectieuses, surtout après la fièvre typhoïde ; or les observations ne sont pas rares qui démontrent la nature parfois hystérique de ce tremblement. Il en est de même pour les trémulations qui apparaissent dans certaines intoxications.

Il est impossible, je crois, de donner une opinion scienti-

(1) Pitres, *Leç. clin. sur l'hystérie.*

fique sur la nature exacte de ces tremblements avant d'avoir recherché par tous les moyens possibles s'ils sont de nature fonctionnelle ou s'ils sont le résultat direct d'une lésion organique.

Il ne faut pas oublier, non plus, que « l'hystérie, maladie primitivement et essentiellement fonctionnelle, peut devenir elle-même organique et aboutir à une lésion » (1).

En résumé la valeur séméiologique des tremblements est variable parce qu'il y a de nombreuses formes de transition entre les divers types décrits, parce que certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, au contraire, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection.

Il serait utile aussi de savoir dans quel cas le tremblement est un symptôme purement fonctionnel, dans quel cas il est la manifestation précise d'une lésion organique. Il est impossible aujourd'hui de rien dire à ce sujet de bien scientifique.

Le tremblement à forme vibratoire est extrêmement fréquent chez des sujets en apparence normaux. Peut-être est-on en droit de considérer le tremblement émotif, le neurasthénique et celui du goître exophtalmique comme une simple accentuation de ce tremblement que l'on rencontre chez plus de 40 p. 100 des personnes en bonne santé.

Le tremblement de la paralysie générale paraît vraiment caractéristique, au moins sur les tracés graphiques où l'on observe les « décharges » sur lesquelles a insisté M. Chambard.

Quant à la trépidation épileptoïde, sa valeur séméiologique est très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolument constante à la sclérose des cordons latéraux.

(1) Grasset, *Leç. clin.*, *loc. cit.*

Nancy. — Imp. Crépin-Leblond, Passage du Casino.

INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

(THÉRAPEUTIQUE & LÉGISLATION)

Rapport du Dr PAUL GARNIER

MÉDECIN EN CHEF
De l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Considéré au double point de vue de la thérapeutique et de la législation, l'internement des aliénés est l'une de ces questions majeures qui se replacent, à de courts intervalles, comme par l'effet d'une nécessité admise par tous, sous le champ de l'attention et de la discussion.

Aucune n'est plus propre, en tous les cas, à servir de base aux débats d'un congrès de neurologistes et d'aliénistes ; et si l'on peut accorder qu'il est des sujets plus neufs, il faut dire aussi, qu'il n'en est point pour faire intervenir de plus graves intérêts et pour soumettre de plus sérieux problèmes à l'esprit du philosophe, du législateur, du moraliste et du médecin.

Dans l'occurrence présente, il convient, pourtant, de lui reconnaître un défaut : elle est infiniment trop vaste ; autour d'elle gravitent tant de sous-questions, qu'un volume ne suffirait pas à en donner l'exposé complet.

Aussi bien, l'embarras du rapporteur est-il grand ; on n'attend pas de lui un volume et ce serait avec

raison qu'on lui reprocherait la prétention d'en préparer un, car ce n'est pas, ici, la place des longs développements.

D'autre part, il est bien malaisé d'omettre, en un semblable sujet, tel ou tel ordre de considérations dont l'étude semble s'imposer.

La tâche a donc sa difficulté.

Effleurer la plupart des points sur lesquels tout le monde est à peu près d'accord, concentrer plus spécialement l'attention sur deux ou trois autres où l'entente ne s'est pas encore si bien établie et essayer, ainsi, d'orienter sur eux une discussion qui peut être utile et féconde, tel est le but, sans doute, qu'a visé la commission. Je me suis efforcé d'y atteindre, sans être convaincu d'avoir réussi.

PREMIÈRE PARTIE

L'internement des aliénés envisagé comme moyen thérapeutique. — Indications de l'isolement.

---

§ I

MODE D'ASSISTANCE ET DE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS DANS LE PASSÉ (AVERTISSEMENT PINEL)

C'est le destin, semble-t-il, de toute civilisation d'être suivie dans sa marche par la folie qu'on voit s'attacher à elle comme un parasite. De là cette nécessité pour les peuples parvenus à un certain degré d'organisation sociale de se préoccuper de leurs défaillants intellectuels, ainsi qu'une armée en campagne ensevelit ses morts et pourvoit aux soins que réclament ses blessés. De là cette obligation stricte, matérielle et morale, de veiller sur eux, tant pour les secourir que pour les protéger contre leurs égarements.

Eh bien, ce devoir qui nous apparaît, aujourd'hui, comme une chose si simple et si naturelle, la société a été, il faut le dire, bien lente à le comprendre et, surtout, à le pratiquer.

Si les civilisations anciennes, si Athènes et Rome semblent s'être préoccupées, à l'instigation sans doute de leurs grands médecins, de la condition spéciale des aliénés et des moyens de les contenir et de les traiter, il est bien certain que lorsque ce flambeau s'éteignit et que le Moyen-Age étendit partout ses ténèbres, on ne sut plus ni voir ce qu'était la folie, ni comprendre que l'homme, assez malheureux pour perdre la raison, méritait plus de compassion que de mépris et d'horreur.

Pendant toute la durée de cette longue éclipse de la civilisation, l'aliéné est seulement considéré comme un être malfai-

sant et l'*habitat* choisi par le démon. Aussi, ne songe-t-on qu'à le réduire. Et comme le délire ne se rétracte pas ainsi que l'erreur, les bûchers s'allument de toutes parts, et en brûlant le fou, on espère bien atteindre le démon dont on le croit possédé.

Casaubon, dans son singulier livre sur la crédulité, où il cherche à établir la réalité des esprits et des sorciers, n'en était pas moins amené à écrire ceci : « Que les autres admirent comme ils voudront les sorciers et les magiciens qui peuvent leur rendre leurs bijoux et leurs objets précieux perdus, j'honore et j'admire beaucoup plus un bon médecin qui peut, comme un instrument de Dieu, par la connaissance de la nature, rendre à un homme l'entendement qu'il avait perdu ».

Lorsque, enfin, la barbarie perd du terrain, et que l'horizon s'éclaire de nouveau, c'est la France qui va être la véritable initiatrice des mesures d'assistance en faveur des aliénés.

Mais il fallait le coup de théâtre de Bicêtre, en 1792, pour qu'une grande nation fût rendue à ses instincts généreux et prît enfin conscience de ce qu'elle devait à cette immense infortune que constitue la folie.

Ce sera l'immortelle gloire de notre grand Pinel d'avoir réalisé cette réforme considérable dont le germe était comme contenu dans cette haute philosophie du XVIIIe siècle, la généreuse inspiratrice du droit moderne.

Ce n'est pas le lieu de redire une fois de plus les souffrances et l'état misérable des aliénés avant ce que l'on pourrait appeler l'*ère Pinelliste*. Le tableau lamentable en a été tracé, bien souvent et d'une façon saisissante.

En réalité, le traitement des aliénés séquestrés commence au moment où une main généreuse, guidée par l'esprit le plus haut, fait tomber leurs chaînes.

Jusque-là, dans leur condition effroyable, ils étaient au-dessous des criminels. La bienfaisante initiative de Pinel leur rendait le respect dû à tout être qui souffre et les élevait, suivant une noble parole, à la dignité de malades.

C'était humain et c'était surtout *médical*, ce qui s'allie bien mais ne se confond pas. « Quand nous, médecins, dit Griesin-

ger (1), nous faisons dominer notre pratique des grands principes de l'humanité, c'est avant tout pour arriver à notre premier et unique but : la guérison de la maladie... Ce n'est pas un principe philanthropique abstrait qui nous guide, c'est l'utilité pratique, ce sont les résultats du traitement convenablement dirigé, soit au lit du malade, soit dans la cellule du fou furieux... La psychiatrie ne doit pas se départir de son rôle d'observation scientifique pour dégénérer en une sentimentalité qui conviendrait à peine aux gens du monde. »

§ II

LE TRAITEMENT DE LA FOLIE PAR L'ISOLEMENT APRÈS LA RÉFORME DE PINEL

Parmi les tristesses inhérentes à la folie, il ne faut pas compter pour une des moindres cette nécessité d'appliquer au malheureux qui en est atteint des mesures destinées à faire de lui un être à part dans la société, que ces mesures, d'ailleurs, soient prises à l'effet de le traiter avec le plus d'efficacité possible ou dans le but de garantir l'ordre public et la sûreté des personnes.

Lorsque, sous l'impulsion de Pinel et d'Esquirol, on a mieux étudié la nature, les symptômes et l'évolution des maladies mentales, on s'est assuré, de plus en plus, que dans le traitement de l'aliénation une indication prime toutes les autres : celle d'isoler le malade, c'est-à-dire de l'enlever à son milieu habituel.

Si, à une autre époque, on n'enfermait guère que les aliénés furieux, c'est qu'on était préoccupé, à peu près exclusivement, de les mettre dans l'impossibilité de nuire. La mesure prise était toute de défense sociale. On négligeait le malade aux premières étapes de sa folie ; on le laissait livré à lui-même autant

(1) GRIESINGER, *Traité des mal. ment.*

de temps que ses allures ne provoquaient point de trop grandes inquiétudes. Son affection mentale se développait ainsi tout à l'aise, s'implantait fortement et s'exacerbait par l'appoint des excitations que le fou trouve toujours au dehors.

Quand, à ce moment, on s'emparait enfin de lui, il justifiait généralement l'idée qu'on se faisait de l'incurabilité de la folie.

Cette incurabilité a été si longtemps considérée comme la règle qu'aujourd'hui encore on a trop souvent à constater et à déplorer la survivance de cette opinion dans le public, resté, malgré tout, très sceptique à l'endroit de l'efficacité de n'importe quel traitement dirigé contre l'aliénation mentale.

Le duc de La Rochefoucauld-Liancourt écrivait en 1879, après une visite qu'il venait de faire à Bicêtre : « La folie est considérée ici comme incurable ; les fous ne reçoivent aucun traitement. »

Si, de nos jours, des paroles d'une telle désespérance ne sauraient plus être prononcées, c'est qu'on a fini par se rendre compte que la folie est une maladie qui ne s'affranchit point des lois de l'évolution morbide générale et offre, comme les autres affections, d'autant plus de chances de guérison qu'elle est traitée plus hâtivement.

On ne l'a plus envisagée avec le souci exclusif de se prémunir contre le danger qui peut se dégager d'elle ; avec moins d'égoïsme, et plus de compassion, on a compris qu'un devoir d'assistance s'imposait à la collectivité sociale ; et, de ce jour, seulement, il a été possible d'entreprendre le traitement rationnel de l'aliénation mentale.

§ III

DE L'UTILITÉ GÉNÉRALE ET DE LA NÉCESSITÉ DE PROCÉDER A L'ISOLEMENT

Isoler l'aliéné de son milieu habituel est l'indication fondamentale qui se dégage le plus clairement de l'observation cli-

nique et l'on peut dire que, d'ordinaire, il n'en est pas de plus pressante, de plus impérieuse.

Les raisons qui impliquent la nécessité de cette rupture complète avec les conditions de la vie antérieure sont faciles à saisir. Rien n'est plus propre à entretenir les interprétations délirantes de l'aliéné que de le laisser environné des êtres et des choses auprès desquels le trouble de ses idées est né et a grandi. Il trouve là, c'est absolument certain, un aliment à ses préoccupations morbides ou à son excitation. C'est là qu'il a pris coutume de sentir, de penser et de réagir maladivement et, à tout instant, il reçoit de ce milieu des impressions qui renouent entre eux les fils encore épars de son délire, semblent prêter quelque consistance à ses craintes et donner un corps aux chimères de son imagination malade.

« Presque toujours, écrit J.-P. Fabret, l'aliéné trouve des points d'appui à son délire dans l'impression des lieux et des personnes qui l'entouraient avant sa maladie et ces impressions ajoutent aux désordres de son esprit, en réveillant une foule d'émotions, de souvenirs et d'associations d'idées » (1).

Mais ce n'est pas tout. Le propre de la folie est, précisément, de porter atteinte, le plus habituellement du moins, aux opérations intellectuelles à l'aide desquelles tout homme prend connaissance de soi-même et de la réalité extérieure. Aussi l'aliéné se méconnaît-il presque toujours et on a pu dire, avec raison, que la folie est une infortune qui s'ignore. Une conséquence toute naturelle découle de cette situation, tout à fait à part dans le cadre de la pathologie, c'est qu'il est superflu d'attendre de cet homme qui a cette cécité morale, qu'il accepte des soins pour une maladie dont il n'a ni le sentiment, ni la sensation. Force est donc, si pénible que puisse apparaître cette nécessité, de se priver de son adhésion à des procédés thérapeutiques dont il lui est impossible de comprendre l'utilité, et d'exercer sur lui une contrainte qui se trouve d'ailleurs largement légitimée, ne serait-ce même que par le souci de son intérêt personnel.

(1) J.-P. Fabret, *Leçons sur les mal. ment.*

Il ne peut venir à la pensée de personne, de contester à une famille le droit de faire traiter, *volens aut nolens*, un de ses membres, frappé de folie. C'est plus qu'un droit, c'est un devoir et si cette famille y manque, non seulement elle encourt une grande responsabilité morale, mais les circonstances peuvent être telles, aussi, que sa responsabilité matérielle l'expose à de graves dommages-intérêts.

Les parents d'un aliéné laissé en liberté, alors que son état de folie est notoire, peuvent être poursuivis à l'occasion de ses actes préjudiciables ou attentatoires à la vie des personnes. Un très triste événement venait le démontrer péremptoirement, il y a deux ou trois ans. Un paralytique général, que l'on se proposait il est vrai, de mettre dans une maison de santé, échappe à la surveillance de ses parents, court à travers les rues de Paris, s'introduit dans une maison sous l'empire d'idées délirantes et au concierge, qui cherche à le pousser dehors, répond par un coup de canne à épée qui l'atteint mortellement. Une action en dommages-intérêts — l'irresponsabilité de l'auteur de ce meurtre ayant été démontrée par l'expertise médicale — fut intentée par la famille de la victime contre les parents de l'aliéné et ceux-ci furent condamnés par le Tribunal au paiement d'une forte indemnité.

Si grand qu'on suppose le dévouement d'une famille, si éclairé même que soit ce dévouement et si intelligents que puissent être les soins prodigués à domicile à un aliéné, il y a, pour les rendre le plus souvent stériles, des conditions inhérentes aux manifestations mêmes de la folie.

Qui de nous n'a constaté, sur place, l'impuissance des meilleures intentions ? Qui de nous n'a vu ces intérieurs où tout est bouleversé, où le délire s'impose, provoque la plus extrême confusion et règne en maître ? Tout est réuni, là, pour le plein épanouissement de la folie et tout prépare l'intronisation de la chronicité en dépit des efforts d'un entourage bien vite débordé.

C'est donc un principe thérapeutique que l'aliénation mentale exige l'isolement. Comment le pratiquer ? Un asile créé pour recevoir, abriter, contenir et traiter les aliénés est-il la

condition la meilleure pour réaliser la surveillance et le traitement de la folie ? Beaucoup se demanderont si la question valait la peine d'être posée, tellement tout indique aujourd'hui que le seul mode de traitement, à peu d'exceptions près, est l'isolement dans un établissement spécial.

Esquirol, en retraçant les avantages de l'isolement, a bien montré que c'est dans les asiles créés pour eux, que les aliénés trouvent les conditions appropriées à leur état ; ce n'est guère que là qu'on peut écarter d'eux tout ce qui est de nature à aviver leur délire. Une des raisons de l'excitation très grande de certains malades conservés à leur domicile est l'obstination que met un entourage maladroit à vouloir les convaincre de l'invraisemblance de leurs allégations. Que d'irritations profondes n'ont eu d'autre cause que ces luttes syllogistiques entretenues avec de malheureux délirants.

L'internement a pour effet de couper court à toutes ces tentatives intempestives de redressement et, au lieu de ce déchaînement que redoute tant les familles, c'est le plus souvent un calme très grand qui marque les premières heures passées à l'asile.

L'aliéné, en perdant la raison, ne perd pas toujours, pour cela, la faculté du raisonnement ; et pour cet homme qui raisonne encore, bien que le délire le prive de sa raison, ce n'est pas inutile qu'il puisse faire telle ou telle remarque logique sur les assertions fantaisistes ou manifestement absurdes des autres malades. Si cette constatation ne l'amène pas encore à une critique de soi-même, à des doutes qui seraient l'aurore de la guérison, elle a toujours pour résultat d'attirer son attention sur d'autres souffrances et de l'amener à s'absorber moins dans sa propre douleur et dans ses idées fixes.

Le fait de la réunion de nombreux aliénés astreints, dans un même lieu, à une même règle, soumis à la même autorité médicale est d'une très grande importance thérapeutique. C'est un salutaire spectacle pour un malheureux insensé que cette obéissance déférente à laquelle il voit se plier la plupart de ses compagnons d'infortune. Il s'en dégage un effet moral

susceptible d'agir puissamment sur son esprit. Comme l'a dit Fodéré, l'agglomération des malades, en nécessitant des mesures plus précises d'ordre, de discipline, constitue une chance de succès de plus, dans le traitement de la folie.

A part certaines circonstances assez exceptionnelles où il est permis d'essayer d'isoler un aliéné, soit en le transportant à la campagne, dans une maison disposée, le mieux possible, pour l'y recevoir, et qui, avec son organisation médicale simule, mais de loin à vrai dire, une maison de santé en réduction ; soit, lorsqu'il est calme, en le faisant voyager sous la surveillance permanente d'un médecin, l'isolement n'est et ne saurait être pratiqué que dans une maison de santé publique ou privée. Dans la pratique courante les deux termes : *isolement* et *internement*, ont donc une signification à peu près équivalente et nous voici ainsi ramené naturellement à la lettre même du programme.

§ IV

INDICATIONS ET OPPORTUNITÉ DE L'INTERNEMENT SUIVANT LA FORME D'ALIÉNATION MENTALE

L'exposé des *indications générales* de l'internement, au point de vue thérapeutique, appelle après lui la discussion, au moins sommaire, des *indications relatives*, qui nous mettent en face des situations individuelles et des espèces cliniques. En effet, s'il y a des cas pour lesquels, d'une manière absolue et en toutes circonstances, l'internement de l'aliéné s'impose, il en est d'autres où l'opportunité de cette mesure est plus discutable, étant subordonnée elle-même à des conditions très variables. Là, interviennent les questions soit du caractère propre à chaque variété d'aliénation mentale (l'une exigeant plus impérativement que l'autre l'isolement immédiat), soit de la période à laquelle est parvenue la maladie, du degré de son intensité, des probabilités de son évolution particulière, de sa durée et sa

terminaison, de l'assistance qu'il est permis d'attendre d'une famille, ou au contraire de l'abandon absolu dans lequel se trouve l'aliéné, etc., etc.

Il est presque superflu de remarquer que toute décision médicale relative à l'internement doit s'appuyer sur un diagnostic aussi précis que possible, énonçant l'espèce clinique en cause et ses principales manifestations *directement constatées*.

Entrons donc un peu dans l'examen des particularités fondamentales propres à chaque entité clinique, sans oublier du reste qu'il ne nous sera nullement permis de nous y attarder.

En dépit d'attaques étranges dirigées presque périodiquement contre les mesures prises à l'égard des aliénés et contre les asiles qualifiés si volontiers de *bastilles modernes*, par certains publicistes, les avantages et la nécessité de l'internement dans des établissements spéciaux ne sont pas sérieusement contestés. Mais ce n'est pas une raison pour que cet internement ne soit pas toujours précédé d'un examen très approfondi de toutes les circonstances qui peuvent motiver une détermination dont il ne faut pas plus méconnaître l'importance qu'il ne convient d'en grossir outre mesure les conséquences. Ce qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est que le placement de toute personne dans un asile d'aliénés, est susceptible, en l'état actuel de nos idées et de nos mœurs, de retentir, plus tard, sur sa vie civile, de lui créer par exemple des difficultés pour l'obtention d'un emploi.

Le malheureux qu'un accès de folie a conduit à l'asile d'aliénés, ne serait-ce que pour quelques semaines, est quelque peu disqualifié socialement. L'ouvrier qui se croit obligé de présenter, parmi ses papiers, un bulletin établissant le fait de son passage dans un établissement spécial, court grand risque de frapper à bien des portes avant d'être accueilli et embauché. La prévision de ces conséquences doit toujours être présente à l'esprit du médecin.

A l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, une étude attentive de chaque cas particulier nous permet d'épargner, ce qu'il est convenu d'appeler, bien injustement d'ailleurs, *la tare*

de l'internement à cinq cents individus, environ, chaque année, soit presque le sixième des personnes soumises à l'examen médical.

C'est là, à tous les points de vue, un bénéfice social considérable.

Pour former sa conviction, dans cette délicate question de l'opportunité de l'internement le médecin emprunte les éléments de son appréciation à deux sources principales :

1° Aux résultats de son examen direct ;

2° Aux informations qui lui sont fournies de divers côtés et sur le passé et sur le présent du sujet.

Est-il besoin de remarquer que leur valeur est fort inégale et que c'est avant tout aux symptômes directement constatés par lui que le médecin, appelé à se prononcer, devra s'en rapporter. Ce qu'il reçoit de l'autre source ne peut avoir qu'une importance contingente et le premier devoir qui s'impose à lui est de ne jamais admettre que des renseignements, parfois intéressés, le fassent conclure à un internement, alors que ses constatations directes ne l'amenaient pas à cette conclusion. Il ne faut jamais perdre de vue que l'égoïsme, la cupidité et les passions les plus diverses, la colère, la haine peuvent inspirer à un entourage familial ou autre des déclarations suspectes.

Dans un article publié, en 1892, sous ce titre : *Quand faut-il enfermer un aliéné ?* M. Charpentier s'est appliqué à poser quelques règles concernant l'opportunité de la séquestration et nous aurons à nous rencontrer plusieurs fois avec lui, en marchant vers le même but, en dépit de quelques divergences qui n'ont pas assez d'importance pour changer la direction générale.

A) Des deux formes élémentaires ou primaires la manie (ou excitation maniaque) et la mélancolie, c'est assurément la première qui impose le plus hâtivement, surtout dans les cas aigus, la nécessité de l'internement.

Le désordre des idées est tel, il réagit d'une manière si

ostensible pour tous sur la conduite de l'aliéné et tend à provoquer des actes si extravagants, et parfois si dangereux, que la pensée et la tentative d'un traitement à domicile ne sauraient être longtemps poursuivies. On ne pourra essayer de différer ou d'éviter l'internement que dans les formes tout à fait subaiguës; mais il est bien rare que l'excitation maniaque se renferme dans des limites permettant de s'en tenir à une surveillance et à un traitement approximatifs à domicile. On ne saurait oublier qu'on se trouve, là, en présence d'une forme très démonstrative, turbulente, exubérante, qui se dénonce à tous les yeux. A coup sûr ce n'est pas avec celle-là que le médecin appelé à statuer sur le fait de l'aliénation mentale rencontre de grosses difficultés. Le délire se livre, éclate dans les paroles comme dans les actes et force la conviction.

Ce n'est du reste assez souvent qu'un accès dont la durée peut être, à ce moment même, l'objet de prévisions sérieuses de la part d'un médecin habitué à noter l'évolution des maladies mentales. S'il en est ainsi, il convient d'en informer la famille, et pour peu qu'il s'agisse d'une affaire délicate où toutes les interprétations erronées et passionnées aiment à se donner carrière, ce n'est pas une précaution superflue de mentionner dans le certificat de placement la possibilité d'un rapide amendement. N'a-t-on pas vu des cas, pourtant bien nets, d'aliénation mentale dans lesquels le fait d'une prompte guérison, rendant la sortie possible après un internement de quelques semaines seulement, était présenté, par des esprits prévenus, comme la preuve, non d'une cure rapide, mais bien d'une erreur tardivement reconnue! Des exemples s'offriraient à nous si nous avions la possibilité de nous y arrêter.

b) La mélancolie, dans ses formes un peu frustes, est peut-être la maladie mentale pour laquelle l'opportunité de l'internement est le plus à débattre. Il faut, là, beaucoup de tact et d'expérience. De l'avis de la plupart des cliniciens, la lypémanie d'intensité légère, ou même dans ses degrés moyens, peut guérir, et guérirait même mieux, selon les uns, en dehors des

asiles. Il est certain que c'est une forme essentiellement curable et chacun de nous a pu enregistrer, dans sa clientèle de ville, de nombreux et solides succès. Mais dès que l'affection se complique, s'alimente à des troubles hallucinatoires, adopte la forme anxieuse, entraîne des tendances au suicide, le refus de nourriture, etc., il n'y a plus guère à temporiser et il faut se hâter de prescrire l'isolement dans une maison de santé.

Dans la folie intermittente avec alternance régulière de formes maniaque et mélancolique, des difficultés peuvent naître au sujet de la durée de l'intervalle lucide. Parfois cette phase intermédiaire est tellement courte qu'elle n'est guère constituée que par le temps de passage de l'excitation à la dépression. Il n'y a qu'une fugitive apparence d'équilibre par laquelle nous ne devons pas nous laisser induire en erreur.

c) La paralysie générale occupe une place vraiment à part dans la nomenclature des maladies de l'esprit. Dans sa compromission si totale de l'intelligence, elle se distingue bien plutôt par la démence que par le délire, c'est-à-dire par l'anéantissement de l'activité mentale, plutôt que par sa déviation, tandis que cette déviation est précisément le caractère de la folie proprement dite ou des psychoses diverses.

Aussi, n'est-il pas très rare de rencontrer des paralytiques généraux qui n'ont, pour ainsi dire, jamais de délire ; ce sont de grands inconscients qui, bien entendu, doivent être soignés et surveillés attentivement, mais il est admissible que ces soins leur soient donnés et que cette surveillance s'exerce ailleurs que dans un asile d'aliénés. Quelques-uns sont recueillis par les hôpitaux ordinaires, où leur passivité et leur torpidité permettent de les conserver ; d'autres sont gardés par leurs parents pendant tout le cours de la maladie.

Mais ceci dit, il faut bien reconnaître que, dans la plupart des cas, la méningo-encéphalite interstitielle diffuse s'accompagne, à sa première période surtout, d'une exubérance ou d'une véritable excitation maniaque qui provoque des extravagances multiples, des actes désordonnés et délictueux, récla-

mant une intervention et impliquant la nécessité d'un internement. Dans son imprévoyance et son inconscience si profonde, le paralytique général est, non seulement, une proie facile pour toutes les entreprises audacieuses qui voudraient exploiter son état de démence, il peut être aussi, sinon par agressivité naturelle, du moins par son inconscience même, une cause de danger pour la sécurité des personnes, et l'exemple que j'ai cité plus haut en est la démonstration bien évidente. Dans cette phase d'activité incohérente, le malade aggrave rapidement son état par des excès de toutes sortes, étant à la merci de toutes les suggestions instinctives qui traversent son cerveau. La plus élémentaire prudence commande, en pareil cas, de se hâter de procéder à son isolement.

D) La démence sénile et l'affaiblissement psychique par suite de lésions cérébrales circonscrites sont, en l'état actuel de notre organisation hospitalière, une cause de bien grands embarras. On peut presque dire que rien n'existe pour répondre aux mesures d'assistance qu'ils nécessitent. A l'hôpital, on ne trouve point ces affaiblis à leur place, parce qu'ils occasionnent un certain trouble dans les salles, par leurs propos bizarres, leurs défiances, leurs idées confuses de persécution, leurs turbulence ou leur malpropreté.

Ils viennent donc encombrer les asiles où, par humanité, on consent à les garder, sans cesser de déclarer que là n'est point davantage leur place. Les chefs de service ont ainsi chaque jour la main forcée, si je puis ainsi dire.

Un homme a une attaque d'hémiplégie ; de ce jour, ses opérations intellectuelles se troublent, s'affaiblissent, ses perceptions deviennent confuses et leur confusion même donne prétexte à des interprétations erronées, à des récriminations bizarres ; une certaine agitation s'ensuit, etc., etc., et voilà un aliéné de plus. Est-ce vraiment un aliéné ? Il prend rang, surtout, parmi les cérébraux, variété d'infirmes pour lesquels nous devrions avoir, dans les grands centres, un établissement hospitalier où leur placement *immédiat et direct* pourrait être

ordonné, *placement qui les laisserait en dehors des règlements législatifs applicables aux aliénés*. La création de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), par le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Deschamps, répond certainement à cette nécessité de désencombrer les asiles des infirmes de l'intelligence jugés inoffensifs. Mais, si l'on est d'accord sur ce point, à savoir que de tels malades ne sont pas à proprement parler des aliénés, c'est une étrangeté de les placer sous le régime de la législation des aliénés. La logique exigerait que tous ces malheureux fussent, après examen sérieux par un médecin compétent, dirigés sur la colonie, sans passer par un asile d'aliénés où ce n'est pas plus leur place temporairement que définitivement.

Enfin, ce n'est pas au budget des aliénés que les dépenses de cette colonie devraient incomber.

Cette création est encore trop récente, — puisqu'elle ne date que de trois ans — pour qu'on puisse se prononcer sur sa valeur réelle.

Il faut assister ces vieillards, ces affaiblis, mais, est-ce le meilleur mode de les secourir de les confier à des paysans dits « nourriciers » ? Je laisse seulement percer ce doute, et ce n'est pas le lieu de discuter plus longuement cette question encore très controversée et dont un de nos congrès, celui de Blois, s'est plus particulièrement occupé. Rappelons, à ce propos, que M. Bourneville indiquait, avec raison, comme un des plus efficaces moyens de remédier à l'encombrement si fâcheux des asiles, l'admission précoce des malades, c'est-à-dire le plus près possible du début de leur affection, car, en procédant ainsi, on obtient plus de guérisons et on diminue d'autant le nombre de ces chroniques dont toute l'existence devra se passer à l'asile.

E) Les persécutés, soit qu'ils appartiennent au type nettement défini et circonscrit du délire chronique ou psychose systématique progressive, soit qu'ils relèvent, par la nature et le mode d'évolution de leurs conceptions délirantes, de la dégénérescence héréditaire, sont entre tous les malades, ceux pour lesquels la mesure de l'internement est le plus particulièrement

pressante. C'est là une vérité depuis longtemps reconnue que le délire de persécution crée un danger permanent pour la sécurité publique. Et cependant, grâce à l'imprévoyance des uns, à l'indifférence des autres, combien grand est le nombre de ces persécutés actifs, de ces aliénés persécuteurs qui vont et viennent librement un peu partout, et alors que beaucoup d'entre eux tiennent toute prête l'arme avec laquelle ils frapperont un jour, convaincus qu'ils s'érigent en justiciers !

Le regretté D[r] Contagne, dans son rapport présenté au Congrès de Lyon, sur *la responsabilité et la séquestration des aliénés persécuteurs* nous avait déjà entretenus de cet intéressant sujet. Il rappelait fort judicieusement que « l'aliéné persécuteur fournit la grande majorité des héros de ces récits de séquestrations arbitraires par lesquels la presse est parvenue à fausser l'opinion publique d'une manière si remarquable au sujet du traitement de la folie ». C'est, en effet, à propos de cet catégorie de malades que les médecins ont subi, surtout, les attaques les plus injustes, les plus passionnées ; le persécuteur se transforme, ou même on le transforme, volontiers, en victime et des dispositions de la loi du 30 juin 1838 et des médecins appelés à les appliquer. Qui de nous n'a senti, à de certaines heures, le découragement, la lassitude morale l'envahir devant le déchaînement de tant d'allégations aussi erronées et aussi ridiculement agressives qui égarent l'opinion et tendent de jeter la déconsidération sur des hommes dont la tâche est cependant déjà assez ardue et ingrate pour qu'on n'y ajoute pas encore l'amertume de la méconnaissance absolue, et, parfois, vraiment trop systématique de la vérité.

Mais, ne prenant après tout conseil que de notre conscience et de notre expérience nous continuerons à dire bien haut, à la fois dans l'intérêt de nos malades et de la société, ce qu'il convient de faire et pour eux et pour elle.

« On pourra, disait avec raison le docteur Contagne, à Lyon, séquestrer trop tard un persécuteur, on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt. »

M. Charpentier, avec qui j'ai beaucoup de plaisir à me ren-

contrer, mais dont pourtant je ne puis partager toutes les idées, sur la question de l'opportunité de la séquestration, estime qu'« il y a beaucoup de persécutés-persécuteurs qui ne sont pas des fous » et, d'après lui, les persécutés-persécuteurs qui sont réellement aliénés, se reconnaissent surtout à leurs hallucinations et aux troubles de la sensibilité générale. Tous nos maîtres ne nous ont-ils pas appris, cependant, et n'avons-nous pas constaté presque chaque jour nous-mêmes, que les persécutés-persécuteurs appartiennent plutôt à la catégorie des fous raisonnants, à cette catégorie d'aliénés qui, pour n'avoir pas de troubles sensoriels, n'en ont pas moins des interprétations délirantes extrêmement actives et n'en agissent pas moins sous l'empire d'impulsions dont le caractère essentiellement pathologique n'est assurément pas contestable. N'attendons pas pour interner un persécuté-persécuteur la constatation d'un trouble hallucinatoire qui n'appartient pas en propre à la symptomatologie de cette variété d'aliénation mentale dont les caractères cliniques sont assez nets pour permettre d'établir un diagnostic précis.

Quand nous rédigeons un certificat aux fins d'internement d'un aliéné persécuté, il est de bonne précaution d'introduire dans le libellé de cette pièce médicale des phrases, des formules émanées du malade. C'est une manière de lui donner la parole et ce n'est pas seulement notre appréciation qui conclut à la folie, c'est aussi le langage de la personne examinée. S'agite-t-on, plus tard, autour de cette séquestration, entame-t-on, à son propos, l'une de ces ridicules campagnes que nous ne connaissons que trop, on compulse le dossier, et on y trouve cette formule qui confronte le malade avec lui-même, si je puis ainsi dire. Il sera encore prudent — et à l'infirmerie spéciale je ne néglige pas ce moyen d'information — de chercher à faire écrire le malade et de conserver au dossier la manifestation écrite de ses préoccupations morbides qui, plus tard, peuvent être dissimulées adroitement. Ce témoignage a bien des fois permis de porter la conviction dans l'esprit de ceux qui, trop légèrement, parlaient déjà de séquestration arbitraire.

F) Il arrive que des personnes viennent demander au médecin de les enfermer dans un asile d'aliénés. Ce sont généralement des héréditaires ou dégénérés obsédés par une idée fixe les poussant soit au suicide, soit à l'homicide. Ces cas de folie avec conscience ne sont pas des plus rares. Il faut se garder de méconnaître le danger qui résulte d'une semblable situation et, le plus souvent, il conviendra de faire droit à de telles demandes. Les progrès de la psychiatrie ont bien mis en lumière cette variété de maladie mentale, et nous verrons, dans la deuxième partie du rapport, que si la loi de 1838 est restée muette sur le cas de ces malades conscients de leur état et sollicitant eux-mêmes un traitement et une surveillance, le projet de révision de ladite loi le prévoit et sanctionne, par des dispositions spéciales, le bien fondé d'une telle mesure essentiellement protectrice, aussi bien à l'égard de l'obsédé que de la société, pour laquelle son obsession impulsive est une menace.

Ce n'est pas à dire qu'il faille accepter sans un sérieux contrôle les allégations relatives à l'existence de telles obsessions ou impulsions. Si singulier que cela paraisse, le séjour à l'asile tente un certain nombre d'individus. La plupart d'entre eux y ont déjà été admis pour un accès délirant, alcoolique ou autre, et le jour où, soit paresse, soit manque de travail, la détresse matérielle se fait pressante, c'est l'asile qui se présente à eux comme un refuge fort acceptable, ce qui tend à prouver qu'ils n'en ont pas conservé un trop mauvais souvenir. Mais, pour y être admis il est besoin, ils ne l'ignorent pas, de révéler un état d'esprit inquiétant soit pour eux-mêmes soit pour les autres. Aussi vont-ils raconter aux autorités qu'ils sont hantés par l'idée fixe de se tuer, ou mieux encore, selon eux, car l'effet leur paraît plus certain — de tuer quelqu'un — « *Arrêtez-moi*, disent-ils, *ça me tient... je sens que je vais faire un malheur* ». C'est à peu près, en somme, le même langage que celui adopté par le véritable obsédé, sauf l'accent de conviction qui, ici, manque absolument. C'est là une catégorie assez importante de simulateurs qu'il est fréquent de voir à l'Infirmerie spéciale. Ils y arrivent surtout quand le ciel se montre inclément,

aux approches de l'hiver ; ils ont fait le sacrifice de leur liberté pour obtenir un abri et échapper aux étreintes de la misère. Ils s'obstinent peu, en général, dans leur supercherie et la confessent volontiers, heureux s'ils obtiennent un secours sur la demande du médecin qu'ils ont voulu tromper.

c) C'est une question assez complexe que celle d' l'*assistance* et de l'*internement* des épileptiques. Il y a lieu d'admettre une distinction entre ces deux modes d'intervention, quoique les deux mesures se confondent le plus souvent dans la pratique. Pour assister un épileptique on est amené à l'interner, à le rendre tributaire de la loi de 1838. Et cependant, s'il est incontestable qu'il est du devoir de la société d'assister ou d'hospitaliser tout épileptique que la fréquence et la gravité de ses accès réduit à l'indigence, il faut aussi reconnaître que cet épileptique peut être très sain d'esprit, très lucide, et que rien n'autorise à le confondre avec un aliéné. Cela est si vrai que lorsque l'expert se trouve en présence d'un délinquant épileptique, il ne conclut pas, d'ordinaire du moins, à l'irresponsabilité du seul fait de l'existence du mal comitial ; pour entraîner l'irresponsabilité il faut que l'acte incriminé soit le résultat d'une complication délirante liée aux paroxysmes comitiaux. En droit strict, l'internement s'applique seulement aux *épileptiques aliénés*, tandis que l'assistance est due aux épileptiques simples réduits à l'indigence.

Me cantonnant étroitement dans le programme, je n'ai donc à m'occuper ici, à proprement parler, que des premiers, non sans avoir fait, cependant, cette remarque qu'il nous est impossible d'affirmer que tel épileptique, simple jusque-là, le restera toujours et ne se transformera pas en épileptique aliéné qu'il faudra s'empresser de séquestrer.

D'ailleurs, la consciencieuse étude que M. Lacour avait préparée en 1891 pour le Congrès de Lyon sur « l'*assistance des épileptiques* » me laisse peu de chose à dire sur la conduite à tenir à l'égard des comitiaux. J'aurai d'ailleurs à revenir sur l'hospitalisation des épileptiques, dans le seconde partie de ce

travail, à propos des dispositions législatives qui visent ces malades dans le projet de révision de la loi de 1838.

Je me bornerai à rappeler, ici, l'urgence très grande qu'il y a à interner un épileptique dont les accès tendent à revêtir la forme délirante, soit que ces troubles intellectuels accompagnent la crise convulsive ou vertigineuse, soit qu'ils s'y substituent, à titre d'*équivalents psychiques*. L'aptitude impulsive est ici à son *summum* d'intensité, et la liste est longue des attentats accomplis d'une manière aveugle et en pleine inconscience par les épileptiques. M. Parent nous en entretenait l'année dernière encore à Bordeaux et relativement à l'internement il énonçait cette proposition à laquelle on ne peut que souscrire : « Il semble évident et nécessaire que la séquestration suive tout acte délictueux ou criminel commis involontairement par un épileptique impulsif. L'impulsion, dans ce cas, est une aliénation mentale et, en tant qu'aliéné, l'épileptique doit être mis dans l'impossibilité de nuire. Pour cela il doit être interné dans un asile spécial ».

n) L'hystérie, avec ses aspects si variés, ses allures protéiformes, ses oscillations si brusques, ses exacerbations soudaines, ses dehors parfois si dramatiques et inquiétants, ses revirements instantanés, soulève les plus grosses difficultés eu égard à l'opportunité de l'internement. S'il y a un fait reconnu, c'est que cette maladie ne trouve jamais plus d'obstacles à la guérison que dans le milieu familial, on peut prétendre qu'à domicile l'hystérie *est chez elle*, c'est-à-dire dans le milieu propre à son plus complet développement, à son plus parfait épanouissement. Mon éminent prédécesseur à l'Infirmerie spéciale, Legrand du Saulle (1) qui a consacré une importante étude à la description de l'état mental des hystériques, se montre très sommaire sur les mesures à prendre à l'égard de ces malades. « Nous devons insister, dit-il, sur la nécessité de l'isolement du malade dans les cas graves. Il faut toujours se

(1) Legrand du Saulle, *Les hystériques* (Ballière).

défier de la sollicitude des parents, particulièrement de la mère qui se résout difficilement à traiter la jeune fille malade avec cette sorte de rigueur tempérée qui est ici nécessaire. Voilà pourquoi il est souvent indispensable d'éloigner complètement l'hystérique de sa famille et de la cloîtrer temporairement dans un établissement hydrothérapique. Le succès du traitement, la rapidité de son action tout au moins, sont au prix de cette séparation à laquelle les parents se résolvent d'habitude assez aisément. » Dix lignes et c'est tout.

Legrand du Saulle parle d'isolement dans une maison d'hydrothérapie. Mais cette mesure qui répond aux nécessités de la situation dans les degrés moyens de l'hystérie est-elle suffisante dans l'hystérie grave ? Nous ne le pensons pas. Les perversions morales profondes qui caractérisent ce degré d'hystérie constituent un véritable danger et la situation qui en résulte n'est guère compatible avec l'existence dans une maison d'hydrothérapie où l'hystérie jouit à peu près de toute sa liberté, peut poursuivre ses combinaisons mensongères, ourdir ses complots morbides et provoquer, par ses dénonciations et ses calomnies, les plus graves dangers.

Que sera-ce donc si l'hystérie s'accompagne de tels troubles intellectuels qu'on en arrive à la désigner, avec plus ou moins d'exactitude d'ailleurs, sous le nom de « *folie hystérique* » ?

« Au degré le plus avancé, dit l'auteur que je citais à l'instant, les désordres cérébraux observés chez l'hystérique ne consistent pas seulement dans une perversion des facultés affectives et dans des singularités intellectuelles significatives. A la bizarrerie du caractère, à la mobilité d'humeur, à cette tendance maladive qui porte l'hystérique à rechercher le bruit, à occuper de sa personnalité le monde qui l'entoure, s'ajoute un trouble profond des fonctions intellectuelles ; on a affaire au véritable délire, à la folie. »

Les illusions sensorielles, les troubles hallucinatoires tiennent la plus grande place dans la symptomatologie des perturbations psychiques liées à l'hystérie. Et, à ce propos, on ne peut s'empêcher de remarquer les grandes analogies qui

existent entre les hallucinations de l'hystérie (Zoopsie, apparitions terrifiantes, etc. etc.) et celles qui sont sous la dépendance d'une intoxication, l'alcoolisme cérébral par exemple. Peut-être y a-t-il, là, une raison de plus d'attribuer une large part, comme certains auteurs ont déjà tenté de le faire, aux phénomènes d'auto-intoxication dans la genèse de l'hystérie ? (Gilles de la Tourette, Cathelineau, Ch. Féré).

Ce délire sensoriel est le plus souvent lié à un paroxysme convulsif ou en constitue l'équivalent. En pareil cas, il est indiqué de ne rien précipiter. Cette folie paroxystique est généralement de très courte durée, l'aspect en est très dramatique, impressionne au plus haut point l'entourage, qui, en présence de ce déchaînement, est porté à croire que l'intelligence est irrémédiablement éteinte. Le médecin ne s'en laissera pas imposer par ces dehors sensationnels, et sa sagacité clinique devra lui permettre d'entrevoir, à travers certaines manifestations caractéristiques, le lendemain de cet orage cérébro-spinal. Ses conseils devront tendre à rassurer une famille affolée, et à prescrire des mesures d'attente , on surveillera cette crise mentale comme on surveille une crise convulsive, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires.

J'ai fréquemment observé cette expectation à l'infirmerie spéciale et, au bout de deux ou trois jours, me trouvant, non plus en présence d'un malade halluciné, surexcité, mais d'une personne calme, raisonnable, maîtresse d'elle-même, je pouvais autoriser la mise en liberté.

D'autres fois, le délire, non conditionné par un paroxysme, mais bien par l'état de dégénérescence mentale et le déséquilibre habituel des facultés, avec l'appoint d'une provocation occasionnelle, a autrement plus de *tenue*. Il se manifeste soit sous la forme maniaque, soit sous la forme mélancolique, mais ordinairement sans fixité, attendu que la mobilité des dispositions morales est ici le caractère prédominant. Les impulsions au suicide et même à l'homicide ne sont pas rares dans cette crise délirante pour laquelle l'internement s'impose.

On vient assez souvent nous consulter pour faire enfermer

des hystériques dont toute l'existence se passe sur la zone frontière indécise où ce n'est déjà plus la raison et où ce n'est pas encore la folie. La plus grande prudence est ici à observer ; et, à moins d'actes suffisamment démonstratifs, il conviendra de refuser un certificat d'internement. Le médecin, tout en constatant que l'hystérique, par ses allures bizarres, excentriques, par ses exagérations singulières, son défaut de mesure en toutes choses, son impressionnabilité maladive, ses réactions disproportionnées, sa mobilité étrange, les lacunes de son jugement, ses antipathies on ses sympathies irraisonnées, ses dispositions au mensonge, aux dénonciations calomnieuses, son incessant besoin d'occuper le monde de sa personne, est pour l'entourage une cause de tourments ou même de véritables malheurs domestiques, le médecin, dis-je, ne saurait aller jusqu'à délivrer un certificat d'internement. C'est la maison d'hydrothérapie qui convient à ces déséquilibrées, mais elles reconnaissent rarement l'utilité de ce traitement. Il faudra prêcher la patience aux intéressés, comme le conseille Legrand du Saulle en ces termes empreints, d'ailleurs, d'un certain scepticisme : « On a dit que le temps était un grand maître ; cela est vrai, dans l'espèce, et comme l'hystérie cède au progrès de l'âge, le mari patient est agréablement surpris en remarquant un beau jour que le bonheur habite son foyer. Mais hélas ! que d'hommes manquent de patience... »

i) Si la société doit assistance à l'affaibli, au dément sénile qui survit à sa raison, elle ne peut méconnaître les obligations analogues qu'elle a envers le débile congénital.

Le nombre de plus en plus grand des dégénérés, des faibles d'esprit, des imbéciles et des idiots que nous vaut, en grande partie sans doute, l'effet de l'alcoolisme sur la descendance, devient une source d'énormes embarras et de grosses inquiétudes.

Ces formes dégénératives de la folie traînent après elles le cortège obligé des perversions instinctives qui en forment un des éléments constitutifs, et c'est pourtant en raison de ce

cortège même que beaucoup de ces individus, particulièrement tarés sous ce rapport, paraissent peu à leur place dans un asile d'aliénés. Ils y sont envoyés, il est vrai, non pas seulement pour leur faiblesse d'esprit, mais surtout à l'occasion d'accès d'excitation maniaque, de crises épileptiformes, de troubles sensoriels toxiques, etc. etc., tous accidents auxquels les prédispose étrangement leur déséquilibration native.

Disciplinés par le régime de l'asile, sevrés de ces boissons spiritueuses qui les jettent si aisément hors gonds ou les font verser dans le délire, ils s'affranchissent rapidement des phénomènes épisodiques qui avaient nécessité leur isolement. Mais si les motifs qui avaient provoqué la mesure de l'internement cessent ainsi, ce qui dure c'est la déséquilibration mentale, c'est l'aptitude à retomber dans les mêmes excès et à délirer sous la moindre influence.... Aussi ne les perd-on de vue que pour un temps relativement court. Dans quelques mois, dans quelques semaines, et même parfois dans quelques jours, ils vont reparaître, ramenés par les mêmes faits, et les internements se succèdent, ne constituant, en somme, qu'une mesure de protection et de traitement passablement aléatoire sinon illusoire.

Pour ceux qui vivent au milieu des difficultés d'une telle situation, il y a une véritable urgence à y remédier. Mais je n'y insiste pas davantage ici, ayant surtout à m'occuper de ce point dans la deuxième partie de ce rapport.

J) Des remarques à peu près analogues peuvent être faites au sujet des alcoolisés.

Le délire alcoolique — épisode aigu d'une intoxication chronique — est, sans conteste aujourd'hui, la forme de folie la plus fréquente.

Au congrès de 1889, je me suis appuyé sur ma statistique de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police pour montrer que la folie alcoolique atteignait à Paris l'énorme proportion de 30 0/0 dans le total des cas d'aliénation mentale. Depuis, cette proportion n'a pas diminué, bien au contraire.

L'alcoolique aigu est un aliéné des plus dangereux et il n'est

guère de jour où la presse ne nous entretienne d'un meurtre accompli par un délirant alcoolique.

Aux premières apparitions des troubles sensoriels, il est prudent d'aviser et de se préoccuper de l'internement. D'abord nocturnes, ces troubles tendent à devenir diurnes, mais tout en conservant plus d'acuité la nuit. Les phénomènes hallucinatoires, principalement visuels, sont mobiles, pénibles, et commandent, par leur intensité même, des réactions motrices immédiates. « Inquiet, effaré, anxieux, terrorisé, le délirant alcoolique est un panophobe irrésistiblement sollicité par le besoin de fuir un danger *immédiatement* menaçant. Mais si tout l'invite à la fuite et le pousse vers une issue quelconque, il arrive que, éperdu, affolé, il se jette aveuglément à travers les obstacles, se rue sur un ennemi imaginaire et, dans une sorte de *convulsion de la peur*, frappe avec une invincible énergie. » (1).

L'internement est donc prescrit pour le traitement de cet accès de délire et à l'effet de mettre le malade dans l'impossibilité de nuire. Mais cet internement est généralement de très courte durée, car les accidents se dissipent vite, et au bout de quelques semaines la sortie est autorisée. Eest-ce la fin ? Hélas ! ce n'est qu'un commencement le plus ordinairement et, pour certains alcooliques, on ne compte plus, tellement il est grand, le nombre de séquestrations. En l'état actuel, on peut dire que nous n'avons pas de moyens vraiment pratiques de défendre la Société contre les dangers si grands que les alcooliques font courir à sa sécurité. Ce qu'on fait est trop ou trop peu mais il faudrait entrer ici dans de plus complètes explications qui seront mieux à leur place au chapitre de la législation.

§ V

TRANSLATION DE L'ALIÉNÉ DANS UN ASILE

Telles sont, d'après une rapide revue, les indications fondamentales de l'internement.

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris* (Baillière, 1890).

Le diagnostic est posé et la conclusion qui s'en dégage nettement est la nécessité de l'isolement. Mais, si le médecin est convaincu, lui, que la situation exige cette mesure, il ne parvient pas toujours à faire partager cette conviction à l'entourage du malade. Des objections fort vives, et parfois presque indignées, vont l'assaillir et il devra entendre formuler toute une série de prévisions pessimistes au sujet du sort réservé au malade, du seul fait de sa translation dans un établissement spécial. On va lui porter un coup terrible... on va le maltraiter, on va provoquer, chez lui, des sentiments de haine contre sa famille qu'il accusera de se désintéresser ou de vouloir se débarrasser de lui... etc., etc. « On va le rendre tout à fait fou ! » dit-on généralement d'un aliéné dont le délire n'a pourtant plus à se compléter et n'a rien à emprunter, en tous les cas, à des conditions extérieures. Chacun propose son moyen et toute l'autorité du médecin est à peine suffisante, souvent, pour faire écarter les propositions les plus singulières sur la conduite à adopter. Sa tâche a donc, là encore, ses difficultés. Il lui faut beaucoup de fermeté, de sang-froid au milieu de cette explosion de sentiments qui méritent d'ailleurs tout son respect, car ils sont louables en eux-mêmes.

On ne peut demander à des parents frappés dans ce qu'ils ont de plus cher, de se résigner, sans effort et sans lutte, à un parti qui les heurte violemment et, dans leur ignorance des nécessités de la situation, doit leur apparaître, avant tout, comme une détermination brutale et cruelle.

Bien souvent, ils voudront essayer de s'y soustraire, demanderont tel délai, invoqueront tel ou tel prétexte d'ajournement : on verra demain... attendons .., la nuit a été meilleure. etc., etc. Très sincèrement, on essaie de gagner le médecin à une opinion opposée à celle qu'il a cru devoir émettre ; on lui signale de plus ou moins véritables accalmies, etc. Souvent aussi, ces hésitations, ces temporisations conduisent à de tels retards que la maladie prend décidément les devants, brusque la situation, force la main aux plus hésitants, et, parfois, à l'intervention de la famille doit se substituer l'intervention

administrative en raison des désordres ou des dangers résultant de l'aggravation de l'affection mentale ; au lieu d'un placement à titre volontaire c'est un internement d'office qui a lieu.

D'assez gros embarras se présentent fréquemment, pour la translation de l'aliéné dans un établissement spécial. S'il s'agit d'un inconscient, aucune difficulté sérieuse ne peut surgir. Mais, conduire dans une maison de santé un persécuté, par exemple, dont toute l'activité mentale persiste et s'exerce, précisément, dans des sentiments de suspicion et de défiance, est une opération particulièrement délicate et, pour la mener à bien, il faut à la fois beaucoup de prudence et une grande habitude du maniement de cette catégorie de malades.

On reste souvent confondu de l'effet produit par la présence et la parole d'un médecin, et de ce qu'il peut obtenir d'un pauvre insensé qui résistait à tout et à tout le monde. Il y a des mots qu'il faut savoir dire, au moment opportun, à ces déshérités, mots qui les calment, les assouplissent et parfois les conquièrent.

Il n'en est pas moins vrai, je le répète, que le placement une fois conseillé par le médecin et accepté par la famille, l'exécution de la mesure n'est pas toujours chose aisée, du fait de la résistance que peut opposer le malade. Comment faut-il procéder ? Telle est la question à laquelle nous avons à répondre, et nous devons aux parents des conseils dictés par l'expérience. Lorsque l'aliéné est calme, accessible, on arrive ordinairement à le diriger sur l'asile à l'aide d'un subterfuge, qu'excusent largement et que commandent même les nécessités de la situation. On prétexte, par exemple, une visite à tel ou tel personnage capable de s'employer pour donner satisfaction aux désirs et aux réclamations formulés.

Si les défiances de l'aliéné s'opposent à la réussite de ce procédé, si tout ce qui est tenté dans ce sens échoue, ce n'est évidemment pas une raison de renoncer au traitement par l'isolement. Le danger étant pressant, le malade sera, au besoin, appelé à s'expliquer devant l'autorité, représentée par le

commissaire de police par exemple. Enfin, parfois, l'excitation est telle qu'il faut abandonner tout espoir d'une action morale quelconque sur l'aliéné et recourir à la coërcition. C'est à ce moment que, pour paralyser la violence d'un fou furieux, il est si utile d'être secondé par des gardiens familiarisés avec les manifestations de la folie, habitués à ces procédés de douceur, et faits à cette habileté de main qui désarment les plus furieux, sans excès aucun dans cette contrainte qu'on est obligé d'exercer sur eux.

§ VI

CONDITIONS QUE DOIT RÉUNIR UN ASILE

Le malade est interné ; qu'il le soit d'office ou à titre volontaire, peu importe, au point de vue du traitement qui lui sera appliqué. Ce traitement, c'est déjà, il est vrai, cet isolement qui en constitue la condition fondamentale ; mais toutefois, l'isolement n'est pas absolument tout le traitement et s'il suffisait d'enfermer des aliénés pour les guérir, le médecin n'aurait pas sa place si bien marquée à la tête d'un asile.

Nous n'aurions pas l'espace autant mesuré que ce serait bien le lieu de se demander si nos établissements, tels qu'ils sont organisés, aujourd'hui, répondent d'une manière bien précise à leur destination *d'asiles de traitement.*

Les idées qui ont présidé à la construction et à l'installation des établissements spéciaux se sont ressenties trop longtemps de la préoccupation dominante, sinon exclusive, de tenir les aliénés *étroitement* et *solidement* enfermés. Sous l'impulsion des médecins, on tend enfin à renoncer à ces lourds et intimidants édifices auxquels l'internement empruntait vraiment un air d'incarcération.

Parmi bien d'autres conditions que doit réunir un asile d'aliénés pour répondre pleinement à sa destination, J. P. Fal-

ret (1) en signale trois auxquelles il attache, avec raison, la plus grande importance : 1° l'agrément, 2° l'étendue, 3° Des divisions nombreuses.

§ VII

UTILITÉ DES ANNEXES AGRICOLES

L'évolution qui se poursuit dans le sens d'une liberté de plus en plus grande accordée aux aliénés dans les établissements consacrés à leur traitement aboutira-t-elle à en abattre les murailles ? Si cettre transformation devait un jour se produire, il serait naturel de se demander comment l'isolement, aujourd'hui reconnu comme le meilleur remède à opposer à la folie, pourrait être réalisé d'une manière suffisante. Constatons seulement pour l'instant, que des portes autrefois systématiquement closes, s'entrouvent et au point même que, dans d'autres pays, le principe qui tend à prévaloir est celui de *l'asile aux portes ouvertes.*

En France, jusqu'à présent, on s'est borné à reculer le plus possible les murs d'enceinte ; nos établissements se transforment, se font plus vastes, plus riants, s'annexent des exploitations agricoles et de plus en plus, perdent leur aspect sévère et sombre.

On ne saurait trop encourager de pareilles améliorations dans l'installation des asiles, innovations où l'étranger nous suit de fort près, quand il ne nous devance pas. Ne négligeons rien, non seulement de ce qui peut favoriser et hâter la guérison de la folie, mais aussi de ce qui peut restituer à l'aliéné une part de cette vie sociale à laquelle son délire nous contraint de l'arracher.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître les avantages thérapeutiques des travaux agricoles, non pas imposés d'ailleurs,

(1) Falret, *loc. cit.*

mais confiés à des aliénés. Occuper le malade, tel est le but auquel tous les efforts doivent tendre : le travail n'est pas salutaire seulement à l'homme sain d'esprit, il transporte jusque dans la folie ses effets bienfaisants.

Rien n'est plus propre à apaiser une douleur morale et physique, rien ne parvient mieux aussi à atténuer les lancinantes idées fixes que cette dérivation née d'une occupation régulière et autant que possible intéressante. C'est la meilleure hygiène physique et morale qui soit.

§ VIII

AVANTAGES DU NON-RESTRAINT

Pour se rendre maître de la personne d'un aliéné, le fait de le contenir entre les murs d'un asile spécial ne suffit toujours pas. Si son agitation est considérable, si ses violences sont à redouter pour lui-même ou ceux qui l'approchent, force est bien de lui limiter encore sa liberté d'action. Il est alors placé dans une division de malades, excités comme lui, où la surveillance est plus étroite. Quelquefois, on est contraint de l'isoler complètement dans une cellule. Enfin, il peut devenir nécessaire d'employer une contention directe à l'aide de moyens dont le plus usité est la camisole que M. Magnan a, depuis longtemps, déjà, avantageusement remplacée, dans son service, par le *maillot,* vêtement qui ne comporte pas de liens et restreint les mouvements désordonnés du malade, sans exercer aucune compression thoracique ou autre.

Ajoutons que l'on tend, de plus en plus, à supprimer les moyens de contention directe et que l'application du *non restraint* a donné des résultats si heureux qu'il est bien difficile de ne pas s'en déclarer partisan.

A mesure qu'on se montre plus sobre dans l'emploi des moyens coercitifs, les cas d'excessive fureur sont beaucoup moins fréquents. On observe moins cette « colère du délire » dont

parlait Esquirol. Rien ne contribue mieux, en effet, à développer la frénésie de l'aliéné que l'immobilité forcée. Il est donc à souhaiter que le personnel d'un asile puisse être partout assez nombreux pour permettre de supprimer, le plus possible, les moyens coercitifs. Nous ne les voyons pour ainsi dire plus dans les asiles les mieux tenus, les mieux surveillés, et cette formule de Conolly (1) garde toute sa vérité : « négligence et coercition sont synonymes ».

§ IX

TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE

La contrainte morale qui a eu ses ardents adeptes tout comme la contrainte physique a eu les siens n'a guère donné de meilleurs résultats. Mais l'époque est déjà loin de cette grande controverse qui a divisé si profondément et si longtemps en deux camps les aliénistes, les uns exclusivement partisans du traitement physique, les autres, du traitement moral.

Les *organiciens* et les *psychologues* ont engagé des luttes bien vives et produit, tour à tour, des arguments qui leur paraissaient décisifs, mais ne pouvaient cependant rien changer aux positions respectives ; car, le moyen de se comprendre quand on ne parle pas le même langage scientifique ! L'exclusivisme doctrinal s'est-il d'ailleurs jamais laissé entamer !

Un homme, en France, fait surtout date dans l'histoire *du traitement moral*, c'est Leuret, qui eut la mauvaise inspiration d'appliquer, en les exagérant, les conceptions des psychologues de l'Ecole allemande : Reil, Langermann, Heinroth et Ideler (2). Il ne lui suffisait pas d'être maître de la personne de l'aliéné, il entendait aussi être maître de son esprit et, d'après lui, la coercition corporelle devait être complétée par une contrainte intellectuelle, par un enserrement syllogistique, si je puis ainsi

(1) Conolly, *Treatement of the insane*.

(2) Leuret, *Du traitement moral de la folie*, Paris, 1840.

dire. C'était une vraie lutte. Leuret, à Bicêtre, plaçait le malade en face de lui et le martelait à coups de raisonnements. Pour obtenir une adhésion, — j'allais dire, la confession de l'erreur, — il adjoignait à ses démonstrations des moyens d'intimidation qui laissaient le malheureux aliéné sous une impression de terreur.

Vouloir ainsi triompher de haute lutte du délire, c'est méconnaître sa nature même, c'est le confondre, dans cette intempestive tentative de redressement extemporané, avec l'erreur, comme le disait si bien mon maître tant regretté le professeur Lasègue : *l'excès d'insistance appelle l'excès de résistance*. Il semblerait, à évoquer de tels souvenirs, qu'on parle d'un autre âge, et c'est cependant vers le milieu de ce siècle que Leuret cherchait à mettre en honneur son étrange méthode.

Est-ce à dire pour cela qu'il ne faille faire aucun état d'un traitement moral ? C'est très loin de ma pensée. Mais ce traitement qu'on peut et doit appliquer aux aliénés est sans rapport aucun avec la coercition morale qu'employait Leuret et dont il n'y avait à attendre qu'un surcroît d'agitation.

Nos malades, en pénétrant dans l'asile, doivent y rencontrer autre chose qu'une entrave à leurs impulsions dangereuses, un abri contre les excitations du dehors, ou la régularité d'une médication pharmaceutique jugée indispensable.

Il faut encore qu'ils soient favorablement influencés par cette douceur, cette bienveillance, cette sympathie affectueuse que le médecin sait trouver en son cœur pour les calmer, les rassurer, et obtenir d'eux ce que l'intimidation ne leur arracherait pas.

Bon nombre de nos malades ont encore, malgré le désordre de leurs idées, assez de présence d'esprit et sont encore suffisamment conscients de la réalité des faits pour apprécier les procédés humains, les égards qu'on a pour eux. Je vois beaucoup d'anciens pensionnaires de nos asiles et je suis souvent frappé de la justesse de leurs appréciations concernant tel ou tel service et la direction médicale qui y préside. Ils ont sur les hommes et les choses des jugements auxquels se rallierait l'individu normal.

Mais, pour avoir cette action directe sur ses malades, le médecin est contraint de les bien connaître, d'être quotidiennement en contact avec eux. Il faut convenir qu'avec notre organisation actuelle attribuant cinq ou six cents malades à tel ou tel service médical, quand ce n'est pas davantage, le traitement moral *ne porte pas*, si je puis ainsi dire, la multiplicité des cas mettant le médecin trop loin de chacun d'eux.

Pour que le traitement pharmaceutique, dont d'ailleurs je ne puis m'occuper ici, et le traitement moral fussent bien conduits, il faudrait renoncer à agglomérer autant de malades dans un seul service et c'est seulement quand on aura accompli cette réforme qu'on pourra reconnaître à cette thérapeutique morale toute sa valeur. Mais, d'une façon générale, la diversion apportée au délire vaudra toujours mieux que l'objection directe faite à ce délire ; car, la première dérive de l'activité cérébrale sur un sujet étranger aux préoccupations morbides, tandis que la seconde, en concentrant précisément cette activité sur les idées maladives, n'aboutit qu'à les aviver.

Le propre de la folie étant de dépouiller l'homme de sa liberté morale et de le placer sous la dépendance de sensations, de sentiments et d'idées qui réagissent forcément sur l'ensemble de ses dispositions et de ses manifestations, il doit sembler superflu de déclarer que ce n'est pas à l'aliéné que peut s'appliquer, dans un but de traitement et d'amendement, le système de l'intimidation par la menace d'une punition. J'ai déjà dit l'erreur, à cet égard, de psychologues comme Reil, Ideler et Leuret et nous savons tous que le régime de la douche de punition a fait son temps. Toutefois, il me faut dire un mot de la doctrine hautement professée par l'un de nos distingués collègues, M. Charpentier, et libéralement appliquée par lui dans son service de Bicêtre.

Ce n'est pas sans étonnement que nous voyons, aujourd'hui, un médecin venir affirmer que la punition infligée à un aliéné est un moyen susceptible d'apporter une heureuse modification dans son délire. Mais je ne crois pas qu'il faille trop s'émouvoir de cette assertion et voici pourquoi. Notre collègue est à la tête

d'un service qui diffère sensiblement d'un service ordinaire ; une population d'aliénés a ses *mauvaises têtes* comme toute autre collection d'individus : ce sont les débiles pervers, les fous moraux en perpétuelle fermentation de révolte, êtres mixtes ou tant soit peu hybrides avec leur mélange de folie et de lucidité, dont j'aurai à parler plus amplement dans la partie de ce mémoire consacrée à la législation. Tels sont surtout les malades de M. Charpentier. Dans ces conditions, on s'explique mieux ses procédés thérapeutiques. Car, tout permet de supposer que les punitions qu'il inflige s'appliquent uniquement à ces individus qu'il faudrait précisément placer dans des asiles-prisons où ils seraient soumis à une direction non seulement médicale mais aussi disciplinaire.

§ X

OPPORTUNITÉ DES VISITES

Les raisons qui militent, au point de vue thérapeutique, en faveur d'une mesure ayant pour résultat de séparer l'aliéné de son milieu habituel, de ses proches et de le soustraire à ces causes de surexcitation que ceux-ci provoquent si souvent sans s'en rendre compte, ces raisons, dis-je, sont les mêmes qui semblent indiquer la nécessité d'une très grande réserve dans l'autorisation des visites. Ici, d'ailleurs, tout est affaire d'espèce et tout ce qu'il est permis de dire c'est que, en thèse générale, ces visites sont fâcheuses dans les phases aiguës de toute affection mentale et, le plus souvent aussi, tout à fait au début de la période d'internement.

Telle est au moins la manière de voir et telle est la pratique de la très grande majorité des aliénistes. Mais je dois ici une mention à l'opinion adverse émise très catégoriquement par

M. Marandon de Montyel (1). Dans un tout récent mémoire, notre distingué collègue annonce une révolution complète dans nos usages et nos méthodes. L'isolement, selon lui, est une mesure détestable en tant que mesure destinée à séparer le malade de sa famille. Il faut l'enlever à son milieu mais non à ses parents. En opposition absolue avec les enseignements de tous les maîtres de la médecine mentale, il voit dans le fait de rompre les relations avec la famille une entrave à la guérison.

Il proclame les bienfaits des *visites à volonté*, sans fixation de jour et d'heure, les portes de l'asile sont largement ouvertes, et parents et malades vont, viennent, sortent, rentrent, se décident au gré de leur désir à une villégiature dans les environs, à une collation sur l'herbe, etc., etc. C'est la liberté la plus absolue. « Si j'interviens, dit M. Marandon de Montyel, ce n'est pas pour interdire les visites, mais pour inviter les parents à venir le plus tôt possible et à ne pas trop tarder à revenir. Je laisse voir tout le monde, même les furieux... Donc, liberté absolue des visites, quel que soit le malade et quel que soit le jour, voilà le principe vrai. »

L'expérience tentée par M. Marandon de Montyel, expérience dont il se loue sur tous les points, mérite assurément la plus grande considération. Elle a pour but d'innover en France l'*asile aux portes ouvertes* qui aurait déjà donné de bons résultats à l'étranger. Mais il est permis de se demander si le bon ordre, indispensable dans un asile, n'est pas profondément troublé par une liberté aussi absolue, et si de graves accidents ne sont pas à redouter, dans ce contact très fréquemment répété et très peu surveillé des malades avec leurs parents. M. Marandon de Montyel comprendra donc qu'on hésite quelque peu à l'imiter, malgré son enthousiasme pour la nouvelle méthode qui constitue, en effet, comme il le dit, toute une révolution. Il appartiendra au temps de la juger.

(1) Marandon de Montyel, Nouvelle hospitalisation des aliénés (*An. méd. psych.* 1896).

§ XI

AVANTAGES DES SORTIES A TITRE D'ESSAI

Où l'accord est plus complet, c'est sur la question des *sorties provisoires* et *à titre d'essai.* Lorsqu'un malade est très amélioré et semble guéri, il peut être utile de ne pas rompre d'emblée avec les liens qui le rattachent à l'asile et il serait, d'autre part, nuisible d'agir avec lui comme au temps où son affection mentale obligeait à le tenir enfermé. Une transition est ménagée ; on accorde des congés qui permettent de graduer, en quelque sorte, le retour à la liberté complète, et de juger, à l'aide de quelques expériences de ce genre, si la sortie définitive peut être autorisée. Je sais bien que cette manière de procéder n'est pas sans entraîner quelques incidents fâcheux et quelques difficultés d'ordre administratif. Mais la somme des avantages paraît largement supérieure à celle des inconvénients.

§ XII

DES SIGNES DE LA GUÉRISON

Le soin apporté au traitement de la folie, en nous prescrivant de procéder, le plus rapidement possible, à l'internement, afin d'augmenter les chances de guérison, nous commande non moins impérieusement de le faire cesser dès que cette guérison est obtenue. La prolongation du séjour à l'asile, pour une personne bien et dûment guérie, ne peut qu'avoir, en effet, des résultats fâcheux, susciter une irritation nuisible à un équilibre cérébral qui n'est évidemment pas d'une solidité à toute épreuve. Voilà donc ce que nous indique une bonne thérapeutique, sans compter, pour l'instant, ce que nous commande d'autre part la loi.

Mais, se prononcer sur la question de la guérison d'un aliéné n'est pas toujours une tâche aisée. Quels sont donc les signes qui décèlent que la raison a repris ses droits, et cela d'une manière suffisamment durable pour que la sortie soit thérapeutiquement opportune ? Il y a, en effet, à faire la part des maladies à accès, à paroxysmes, dont les rémissions — d'autres plus optimistes disent guérisons — sont de si courtes durée que le lendemain n'est jamais assuré. Un court intervalle lucide nous déterminera-t-il à nous comporter comme s'il s'agissait d'une guérison et à signer la sortie ? Evidemment non.

Dans les formes aiguës de l'aliénation mentale, formes à évolution généralement assez régulière, la guérison est annoncée par des caractères bien tranchés, tant au physique qu'au moral ; par exemple, dans les formes primaires ou élémentaires comme la mélancolie et la manie ou excitation maniaque. Mais les difficultés sont tout autres dans le délire des persécutions, quelle qu'en soit la variété. Là, nous avons à compter avec la dissimulation possible des idées délirantes et des troubles hallucinatoires ; la plus grande circonspection s'impose, d'autant mieux que la guérison est rare en pareil cas. Je pourrais citer bien des faits dont j'ai été appelé à m'occuper soit à l'Infirmerie spéciale, soit dans ma pratique médico-légale, faits qui démontrent la fréquence relative des attentats commis par des aliénés dans les jours, ou même les heures, qui suivaient leur sortie. On ne saurait, quand on est appelé à statuer sur des cas de cette nature, trop se rappeler l'adresse et la ténacité avec lesquelles certains délirants persécutés masquent leur véritable état moral. La prudence la plus élémentaire exige au moins qu'on ne se contente pas de réponses évasives.

Le persécuté réticent et dissimulateur élude les questions et s'arrange de son mieux pour ne pas s'expliquer sur des troubles qu'il accusait autrefois. Une attitude aussi suspecte ne pourra que mettre en garde.

Les épileptiques sujets, de loin en loin, à des crises délirantes impulsives extraordinairement dangereuses sont aussi une cause d'embarras très grands. Quelle décision doit prendre le médecin

d'asile en présence d'un épileptique interné à la suite de violences graves, d'un meurtre ? ... Des années se sont passées sans manifestations nouvelles..., le calme ne s'est pas démenti. Et cependant, un énorme point d'interrogation se dresse et assombrit l'avenir. La crise délirante peut reparaître, tout prochainement peut-être, et entraîner un nouvel attentat. Que faire ? Il n'y a pas de situation plus difficile. La responsabilité est tellement lourde qu'on peut estimer utile de ne pas la faire peser uniquement sur le chef de service. J'aurai d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point dans la discussion des dispositions législatives.

§ XIII

CHIFFRE DES GUÉRISONS

Il ne saurait être question de produire ici des statistiques destinées à montrer quelle est la proportion des guérisons qu'on peut obtenir par l'internement, le principal moyen thérapeutique dont nous disposons contre la folie. Je répéterai seulement que, de l'avis de tous les aliénistes, les chances de guérisons sont d'autant plus grandes que le placement est fait à une date plus rapprochée du début de la maladie. Maudsley (1) a cru pouvoir fournir, à ce propos, les données suivantes : « Les chances sont de *quatre contre une* lorsqu'on a employé un traitement efficace dans les trois premires mois de la maladie ; mais elles ne sont guère plus de *une sur quatre*, quand la maladie a déjà duré douze mois ». Guislain (2) avait dit, déjà, que la curabilité de la folie est de 60 0/0 dans le premier mois et tombe à 25 0/0 dès le second et qu'à la fin de la première année l'aliénation devient à peu près incurable.

Rien de variable d'ailleurs comme le chiffre des guérisons

(1) Maudsley, *Pathologie de l'esprit.*

(2) Guislain, *Leç. sur les mal. ment.*

d'après l'origine des statistiques. Celles-ci, en effet ne sont pas établies dans les mêmes conditions ; suivant la judicieuse remarque de M. Bouchereau, au Congrès de Lyon (1) « il est des asiles qui reçoivent beaucoup d'alcooliques ; ces établissements peuvent fournir une proportion assez grande de guérisons ; d'autres, au contraire, sont peuplés presque exclusivement de déments et le chiffre des guérisons y descend à zéro ».

D'une manière générale, il ne semble pas qu'on obtienne dans le traitement de la folie tout ce qu'on pourrait obtenir, et M. le Professeur Pierret (2), au Congrès de Lyon, en 1891, a cru devoir signaler une situation qui n'est pas précisément brillante, c'est la progression décroissante du chiffre des guérisons tombé de 30 0/0, proportion indiquée en 1853, à 20 0/0, proportion actuelle.

Il attribue surtout cette décroissance au retard apporté dans l'internement des aliénés pauvres, inoffensifs. La proportion des guérisons dans les asiles privés est notablement plus élevée et ce résultat est dû, en grande partie, sans doute, à une intervention thérapeutique plus hâtive.

Une remarque importante, me semble-t-il, est à faire au sujet de cet abaissement de la proportion des guérisons. Les incurables et les déments sont arrivés à former dans la plupart de nos asiles un contingent très élevé qui pèse, si l'on peut ainsi parler, sur nos statistiques. S'il est établi (et je crois que cela est,) que la proportion de ces déments, qui forment, maintenant, comme les couches profondes de la population d'un asile, n'était pas si élevée autrefois, les choses ne sont plus égales et la comparaison statistique est viciée. Au demeurant, je suis disposé à croire que l'abaissement dans le chiffre des guérisons est plus apparent que réel.

A ce point de vue, la division de nos établissements en *asiles de traitements* et en *asiles d'incurables* s'annoncerait comme une innovation assez séduisante ; assurément, pour les

(1) *Compte rendu du Congrès de Lyon*, 1891.

(2) *Compte rendu du Congrès de Lyon*, 1891.

premiers, qui seraient destinés à recevoir les formes aiguës de la folie, la proportion des guérisons pourrait s'élever environ à 50 0/0. Mais, si cette division présente des avantages, elle offre aussi de grands inconvénients et il n'est pas démontré, du tout, que ce soit là le progrès, en dépit des considérations qui plaident en faveur de la création d'asiles essentiellement actifs, allégés de ce contingent de chroniques.

Fonder des établissements avec le dessein arrêté de graver à leur frontispice « *lasciate ogni speranza* », n'est-ce pas admettre, en quelque sorte, qu'il y a des malades dont il est permis de se désintéresser, sinon au point de vue de l'assistance, du moins au point de vue du traitement ? J. P. Falret (1) s'est élevé avec beaucoup de force contre cette idée de construire des asiles distincts : « Faire, dit-il, deux espèces d'asiles, les uns pour les curables, les autres pour les incurables, c'est d'abord trancher la difficulté la plus grande, celle de la non-curabilité, tandis que la science ne permet pas d'être positif à cet égard. Je viens m'inscrire contre la réalisation d'un plan que je regarde comme très funeste pour les aliénés, pour le sentiment de famille, la morale publique et pour la science médicale. Alors même que l'incurabilité serait bien déterminée par un médecin expérimenté, n'aurait-on pas à redouter, dans un grand nombre de circonstances, que les aliénés jugés incurables ne conservassent assez de raison pour apprécier ce jugement et assez de sensibilité pour s'en affliger. Cette mesure si pénible pour les aliénés, si injuste envers eux, blesse plus profondément encore les familles qui, faisant cause commune avec leurs malades, en apprécient mieux toute la portée et tout le malheur ».

Désencombrons, comme je le disais plus haut, nos asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place, qu'on crée pour eux des hospices, *mais sans les placer sous le régime de la loi relative aux aliénés*, et on aura réalisé à peu près, je

(1) J. P. FALRET, *loc. cit.*

crois, tout ce qui peut être entrepris en vue de l'allègement dont je parlais tout à l'heure.

§ XIV

NÉCESSITÉ D'UN PATRONAGE DES ALIÉNÉS CONVALESCENTS

L'aliéné est guéri ; la liberté lui est rendue. Mais combien précaire est souvent la situation cérébrale de nos anciens malades et que de rechutes n'avons-nous pas à enregistrer tous les jours ! Fait-on, pour parer aux risques de ces rechutes, fait-on pour les aliénés convalescents tout ce qu'on devrait faire ? Les protège-t-on, les soutient-on efficacement dans cette phase si difficile où, à leur sortie de l'asile, ils trébuchent aisément et se trouvent aux prises avec les difficultés de l'existence, difficultés accrues par leur passé pathologique ? Il faut avouer que le patronage des aliénés convalescents n'a pas le développement qu'il devrait avoir. Des médecins animés d'un esprit de haute philanthropie ont estimé que leur tâche n'était pas encore finie lorsque leurs malades les quittaient guéris ; ils ont pensé, autant avec leur cœur qu'avec leur intelligence, que leur action morale et secourable devait se prolonger et suivre au dehors les convalescents (1).

Combien est précieuse, en effet, pour le malade d'hier, cette main tendue. Devant l'ouvrier qui sort d'une *maison de fous*, les portes des ateliers se ferment trop souvent. « Cette société marâtre par indifférence, cruelle par préjugé » dont parlait éloquemment David Richard, directeur de l'asile de Stephansfeld, au Congrès de Strasbourg, en 1842, le repousse parce qu'elle le redoute.

Mais tout a été dit et bien dit sur cette question, par M. Giraud, au Congrès de La Rochelle, en 1893, et nous ne

(1) Voir pour l'œuvre de patronage des aliénés fondée par J. P. Falret Baillarger et Métivié, le rapport de M. Giraud, *Congrès de La Rochelle*, 1893.

pouvons que souhaiter la prompte réalisation des vœux votés par cette assemblée sur les conclusions de notre distingué collègue.

Il y a beaucoup à faire dans cette voie.

Il est bien attristant de voir — et pour ma part je ne le constate que trop fréquemment au Dépôt — des malheureux poussés au désespoir par leur état de détresse, et par le refus qu'on leur oppose quand ils sollicitent du travail. A notre époque, cet abandon de l'aliéné convalescent ne devrait pas être constaté. Il n'y a pas, pourtant, de meilleur emploi de l'ardeur secourable de nos administrations publiques ou des œuvres de bienfaisance et de patronage dues à l'initiative privée, que l'aide à prêter à un malheureux qui vient de subir cette immense infortune de perdre la raison, se ressaisit enfin et demande à reprendre sa place dans la société.

Cette place, il conviendrait de la lui faire facile et douce, puisque c'est un faible qui a droit à toute notre protection.

DEUXIÈME PARTIE

Dispositions législatives relatives à l'internement des aliénés.

La portée véritable d'une loi sur le régime des aliénés réside dans celles de ses dispositions qui règlent l'internement des personnes frappées d'aliénation mentale, dispositions qui en sont comme la clé de voûte.

C'est dire que notre programme comporte plus que la discussion de telle ou telle partie plus ou moins accessoire, il nous crée l'obligation de discuter le principe et l'essence même de cette loi.

L'étroitesse du cadre où l'on se meut dans un rapport comme celui-ci, s'oppose pourtant à des considérations tant soit peu développées et c'est presque au seul énoncé des faits que nous devrons nous en tenir le plus souvent.

§ I

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS AVANT LA LOI DU 30 JANVIER 1838

S'il est humain de s'inquiéter de la situation de l'aliéné, s'il est sage de l'isoler dans le but d'essayer de le guérir et de prémunir la société contre ses égarements, il est prudent, également, d'entourer cette mesure de garanties légales devant s'appliquer tout aussi bien à l'intervention de la famille (placement volontaire) qu'a l'intervention administrative (placement d'office).

C'est pourquoi nous voyons les deux questions, celle de la

thérapeutique ou de l'assistance et celle de la législation, se présenter ensemble, se relier étroitement l'une à l'autre et marcher parallèlement.

Jusqu'en 1790, la législation reste muette. A ce moment, dans de vagues ébauches de réglementation, on commence à se préoccuper « de la constatation médicale de l'état des personnes *détenues* pour cause de démence, afin de les élargir ou de les faire traiter dans des hôpitaux qui seraient ultérieurement indiqués ». Au cours de cette période de tâtonnements législatifs qui nous mènera jusqu'en 1838, se font jour des tendances que traduit bien la lettre suivante adressée, le 15 thermidor an IX, par le Garde des sceaux au ministre de l'Intérieur.

« Je pense que l'autorité administrative, pour obvier aux « événements qui pourraient résulter de la liberté laissée à un « aliéné, est autorisée par l'article 3 de la loi du 24 août 1790, « à le faire arrêter et placer provisoirement dans un *dépôt de* « *sûreté ;* mais cette mesure toute provisoire, ne peut jamais « dispenser de faire prononcer définitivement sur son état par « les tribunaux ; c'est à eux seuls qu'il appartient de déclarer « par *jugement* la démence des individus qui en sont atteints, « après les avoir interrogés, entendu les témoins et fait vérifier « leur état par des officiers de santé. C'est, au surplus, à leurs « parents ou au ministère public à provoquer ces jugements. »

Nous retrouverons, à près d'un siècle de distance, la même opinion inscrite dans le projet de revision de la loi du 30 juin 1838.

En somme, il n'existait, avant le vote de cette loi, dans la préparation de laquelle Esquirol et Ferrus jouèrent un rôle important, que des règlements administratifs extrêmement divers et confus. Suivant les régions, les formalités adoptées pour l'internement variaient considérablement.

L'œuvre du législateur de 1838 eut pour premier avantage de substituer des dispositions légales uniformes à des coutumes d'une diversité et d'une confusion infinies.

§ II

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS RÉGLÉ PAR LA LOI DE 1838

Quand on se reporte aux longs débats qui précédèrent et éclairèrent ce vote, on reste frappé de l'ampleur donnée à la discussion parlementaire et de la hauteur de vues dont firent preuve les hommes qui y prirent part. Tout montre l'importance considérable qu'on attachait, à si juste titre, à cette réglementation fondamentale qui venait prendre une place honorable dans l'arsenal de nos lois.

La législation s'inspira vraiment des sentiments les plus nobles et les plus élevés. Comme le disent les inspecteurs généraux, Constans Lunier et Duménil, dans leur remarquable rapport adressé en 1874, au ministre de l'Intérieur « ces débats attestent l'immense et unanime désir de faire le bien et, finalement, la conviction qu'on venait d'en fournir les moyens ».

Il me paraît superflu de reproduire ici le texte entier de la loi du 30 juin 1838, dont les dispositions sont présentes à l'esprit de tous. Il ne sera sans doute pas inutile, toutefois, de transcrire, chemin faisant, les termes des articles visant plus spécialement l'internement, pour les comparer aux articles correspondants introduits dans le projet de révision.

Au point de vue de l'attribution des pouvoirs, le caractère principal de la loi de 1838 a été d'en confier l'application ou l'exécution à l'autorité administrative, et d'accorder à l'intervention médicale le rôle qui lui revenait, sans doute, puisque la folie est une maladie et que l'internement est avant tout une mesure d'ordre thérapeutique sur laquelle l'homme de l'art est seul apte à se prononcer.

Après avoir prescrit, par son article 1er, l'obligation pour chaque département d'avoir un établissement public spécialement consacré à recevoir et à soigner les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un asile public ou privé, après avoir établi que

les asiles publics (art. 2) comme les asiles privés (art. 3) sont placés sous la surveillance de l'autorité publique, elle précise, avec toute la rigueur possible, les garanties apportées à la stricte application de ses dispositions, par une surveillance qui ne met pas seulement en œuvre le pouvoir administratif, mais réclame encore le contrôle du pouvoir judiciaire.

C'est, en effet, ce qu'implique cet art 4 ci-dessous transcrit, que les détracteurs de la loi de 1838 auraient bien dû méditer avant de proclamer ses imperfections.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du Tribunal, le procureur du Roi, le juge de paix, le maire de la commune sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière une fois au moins par semestre.

Les garanties contenues dans cet art. 4 sont fondamentales ; c'est peut-être à leur sujet que la discussion fut la plus vive dans les deux Chambres. Beaucoup d'orateurs s'élevèrent contre le nombre si grand des visites de contrôle administratif et judiciaire, en faisant valoir qu'on révélerait ainsi ce que les familles voulaient cacher, qu'on troublerait les malades et retarderait leur guérison.

La loi du 30 juin 1838 distingue en même temps que deux classes d'aliénés, deux sortes de placement qui diffèrent par la qualité des personnes qui les provoquent et par les formalités à remplir.

Elle admet que tout individu atteint d'aliénation mentale peut être l'objet d'un *placement volontaire* à la requête des particuliers, parents, amis, tandis que le *placement d'office*, ou placement administratif, ne peut viser que les personnes dont l'état d'aliénation mentale compromet l'ordre public ou la sûreté des

personnes. C'est le préfet de police à Paris, et, dans les départements, les préfets qui ordonnent alors la collocation dans un asile d'aliénés.

Toutes ces dispositions qui règlent l'internement soit volontaire, soit d'office, dominent trop la question que nous traitons pour que nous puissions omettre de les faire figurer dans ce rapport et nous aurons à examiner plus loin celles que le projet de révision veut leur substituer. Voici, à cet égard, les articles essentiels de la loi du 30 juin 1838.

TITRE II

DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

SECTION I

Des placements volontaires.

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin

attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passe-port ou toute aut e pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé dans les 24 heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet ou le maire en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur le champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au Préfet, conformément au dernier paragraphe de l'art. 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé. Seront également inscrits sur ce registre : 1° Le certificat du médecin joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux art. 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'art. 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur *visa*, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au Procureur du Roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants.

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit, qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les 24 heures, au Préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné l'ordre contraire, conformément à l'art. 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'art. 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les 24 heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier

paragraphe de l'art. 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

ART. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

ART. 17. — En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II

Des placements ordonnés par l'autorité publique.

ART. 18. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonneront d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux art. 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'art. 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

ART. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin, ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui statuera sans délai.

ART. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

ART. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'art. 18, décerner un

ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des art. 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'art. 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'art. 20, les médecins déclarent sur le registre tenu en exécution de l'art. 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'art. 30 ci après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils sont tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des art. 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'art. 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

En résumé, pour opérer le placement volontaire d'un malade les formalités suivantes sont prescrites : Présenter : 1° une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement est demandé; 2° un certificat médical constatant la maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans

un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée ; 3° une pièce d'identité... passeport, etc.

Au chapitre des placements volontaires, aucun article ne vise la condition d'un malade qui, conscient de son état, ferait lui-même la demande de son placement.

Dans la mesure du placement volontaire, comme dans celle du placement d'office — car l'arrêté du Préfet est motivé et, par conséquent, s'appuie sur une constatation de l'homme de l'art — l'intervention du médecin est jugée nécessaire et c'est en somme son attestation qui est la formalité la plus importante. Et vraiment, peut-il en être autrement dans un fait d'ordre pathologique, car la folie est avant tout une maladie qu'il faut traiter. Cette intervention n'est pas seulement nécessaire pour l'admission ; elle s'exerce, aussi, et devient aussitôt après l'entrée, une mission de contrôle quand le médecin est délégué par l'autorité et c'est là, comme le remarque Tardieu (1), l'une des garanties les plus sérieuses qu'ait formulées la loi.

Les médecins qui en sont chargés doivent se faire représenter toutes les pièces produites pour opérer le placement du malade, en vérifier la teneur, constater notamment si le certificat médical est rédigé conformément aux prescriptions que nous venons de rappeler et procéder, ensuite, à l'examen direct de l'aliéné sur l'état duquel il doit faire à l'administration supérieure un rapport détaillé.

Sur ce certificat de contrôle aucune objection, aucune difficulté, mais où les critiques ont été vives et passionnées c'est contre le certificat d'admission qui émane du médecin traitant, du médecin de la famille. On s'est élevé contre ce pouvoir attribué à un médecin, faillible après tout, et, sans examiner plus au fond les choses, on a prétendu que c'était, là, l'unique garantie de la nécessité de l'internement, alors que, au contraire, cette décision reste subordonnée dans ses effets à un contrôle médical, administratif et judiciaire.

Toujours est-il que cette unique signature exigée par la loi a

(1) Tardieu, *Ex. méd. lég. sur la folie*, 1874.

paru insuffisante... on a fait valoir que les législations étrangères sur le régime des aliénés, dont la plupart pourtant s'étaient inspirées de la loi du 30 juin 1838, exigeaient plus de garanties en prescrivant la présentation de deux certificats médicaux. Enfin on s'est demandé si l'obligation de prêter serment ne devrait pas être imposée au médecin certificateur.

Je crois que tout le monde sera d'accord, à ce sujet, avec Tardieu quand il déclare que ce serait là une exigence aussi inutile que vexatoire. « Si c'est un frein moral, dit-il, que l'on veut imposer au médecin, on reconnaîtra qu'un honnête homme n'a pas besoin, pour dire la vérité, de prêter le serment d'être sincère, et que celui qui ne l'est pas ne se laissera vraisemblablement pas arrêter par la formule que l'on exigerait de lui. »

Le caractère incessamment révocable de la mesure de l'internement, la faculté pour toute personne enfermée ou pour ceux qui voudraient en seconder les désirs, d'en appeler à qui de droit, est aussi nettement spécifiée que possible dans les articles suivants :

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le Tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'art. 120 du code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le Préfet, aux termes des art. 16, 20 et 23, ou par le Tribunal, aux termes de l'art. 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux art. 13 et 14.

Une ordonnance du roi, en date du 18 décembre 1839, portant règlements sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés vint d'adjoindre à l'œuvre de 1838. Elle fixe la composition des commissions de surveillance, le mode de nomination des Directeurs, médecins en chef et adjoints, leurs attributions respectives, l'obligation de la résidence pour le médecin en Chef, indique les conditions requises pour l'installation et la direction des établissements privés, etc., etc.

§ III

VALEUR DES CRITIQUES DIRIGÉES CONTRE LA LOI

Par le vote de cette loi « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions » (1) un progrès considérable était réalisé, on ne saurait trop le redire. La chose fut, d'ailleurs, ainsi jugée par la plupart des Etats de l'Europe, car la Belgique, la Suisse, l'Italie, l'Allemagne s'empressèrent de nous imiter, en grande partie, dans leur organisation respective du régime des aliénés.

Cet instrument législatif qui nous sert ainsi depuis plus d'un demi-siècle, s'est-il révélé imparfait à l'usage ? S'est-il traduit dans l'application de ses articles essensiels — ceux visant par exemple cette mesure de l'internement qui nous occupe ici, — de graves et dangereuses défectuosités ? Certes, on pourrait le croire à suivre le mouvement d'opinion qui, depuis tantôt

(1) Rapport de M. Suin, présenté au Sénat, 1867.

30 ans, nous pousse vers une revision de l'œuvre du législateur de 1838.

Dans les dernières années du second Empire, les attaques dirigées contre la loi avaient pris un tel caractère d'acuité — les passions politiques aidant sans doute — et l'agitation provoquée par des critiques virulentes avaient atteint un tel degré que le gouvernement dut s'en émouvoir.

L'administration supérieure fut ainsi mise en demeure d'étudier un projet de revision de la loi du 30 juin 1838. Une commission spéciale fut nommée dans ce but, en 1869, alors que, d'autre part, le Sénat, saisi de la question par de nombreuses pétitions, avait procédé à un examen des modifications qui pourraient être apportées à la législation en vigueur.

Les événements de 1870-71 appelèrent nécessairement l'attention ailleurs. — L'œuvre en cours devait être reprise en 1872. — La commission aux travaux de laquelle Tardieu, Calmeil, Constans, etc., prirent une part active, s'appliqua, avec tout le zèle désirable, à vérifier quel pouvait être le bien fondé des accusations portées contre la loi et chacun des faits signalés comme exemple de séquestration arbitraire fut l'objet d'une enquête minutieuse.

Tardieu rappelant les résultats des recherches consciencieuses de la commission écrit, non sans une pointe de malice : « La commission a voulu entendre les écrivains qui, dans la presse politique et littéraire, s'étaient montrés les plus ardents à la polémique. MM. Jourdan, Sarcey et Hector Malot ont été invités à venir exposer leurs vues et leurs raisons ; tous trois, sous divers prétextes, ont éludé l'invitation, donnant ainsi la mesure de leur conviction et de leur confiance dans la cause dont ils s'étaient faits les champions ».

C'est encore pourtant sous la plume de M. Francisque Sarcey, que nous trouvions, il y a peu de mois, cette appréciation peu bienveillante, mais relativement adoucie, sur la valeur de la loi de 1838. Parlant des abus, qui se commettraient en Allemagne, l'éminent publiciste écrit : « Souvenons-nous que notre loi sur les aliénés autorise les mêmes abominations,

qu'elles sont possibles chez nous comme en Allemagne et que si elles y sont beaucoup plus rares, presque inconnues même, c'est à la douceur de nos mœurs que nous en sommes redevables plutôt qu'à la prudence de notre législation » (*Petit Journal* du 10 avril 1896).

Aujourd'hui comme il y a 20 ou 30 ans, au moindre bruit qui se fait autour de l'internement d'un aliéné, il y a toujours un brillant article tout prêt sur « les bastilles modernes », dans nos journaux et non dans les moindres. Les aliénistes y sont traités comme vous le savez, et comme, pour mon compte personnel, je ne saurais certes l'ignorer.

Celui-ci est presque d'hier et il peut être cité comme étant un bon spécimen du genre. Il donne bien la mesure de la justice que nous pouvons attendre de ceux qu'à coup sûr nous ne parviendrons jamais à convaincre. « Quelle garantie, dit l'un de nos plus spirituels publicistes, M. E. Lepelletier, dans un article intitulé : *Lettres de cachet*, offrent ces hommes de science et de préjugés ? Les maisons de fous dégagent la folie. Habiter entre des murs d'asile, c'est attraper la folie. Ceci est vrai pour les malades, pour les médecins aussi. La plupart de nos éminents aliénistes sont devenus de véritables aliénés, leur folie est le *panaliénisme*. Comme d'autres ont la monomanie de la persécution ou des grandeurs, eux sont les monomanes de l'aliénation mentale. Ils voient des fous partout, excepté dans leur glace. La loi de 1838 n'est pas à améliorer mais à changer de fond en comble. Il faut ouvrir les portes des asiles et des maisons de santé toutes grandes, afin que tout intéressé, parent, ami, fonctionnaire électif, puisse voir ce qui passe dans ces fabriques de fous. Il faut interdire ce qu'on nomme le placement volontaire, le droit exorbitant de la famille de faire interner sur le vu d'un certificat de médecin. Il convient d'enlever au médecin, pour l'attribuer exclusivement au juge le droit de faire enfermer un être humain. Il ne faut pas être si grand clerc pour discerner, non pas qu'un homme est fou, mais que la folie est dangereuse. La folie de la plupart des gens qu'on jette au cabanon ne consiste-t-elle point, aux yeux des aliénistes, à soutenir qu'ils ne sont pas fous ? » (*Écho de Paris* du 21 août 1895).

Le prétexte de cette virulente attaque était l'internement d'office d'une pauvre hallucinée qui avait été amenée dans mon service de l'Infirmerie spéciale après des actes de nature à attester, non seulement le trouble fort grave de son intelligence, mais aussi le caractère dangereux de son délire. J'avais fait prendre, en demandant à l'Administration de la diriger sur l'asile Sainte-Anne, la seule mesure qui pouvait être adoptée, dans l'intérêt aussi bien de la malade que de l'ordre public et de la sûreté des personnes.

On a presque à s'excuser de donner place, dans une étude comme celle-ci, à des critiques où semble se traduire plutôt l'intention de distraire le lecteur par des railleries — qui sont toujours goûtées, paraît-il, quand elles ont le médecin pour objet — qu'une conviction véritable, quant aux résultats prétendûment néfastes de la loi du 30 juin 1838.

Mais qu'on ne s'y trompe pas ; l'opinion publique se forme, hélas ! avec de tels éléments, et l'erreur, à force d'être répétée, acquiert la vertu d'une vérité démontrée. Et c'est pourquoi nous verrons, dans les documents les plus sérieux, dans des projets de revision émanés de l'initiative parlementaire, et sous la signature d'hommes dont la sincérité ne peut pas plus être contestée que le talent, nous verrons, dis-je, émettre des assertions qui n'ont d'autre base que des accusations aussi fondées que celles dont je viens de parler.

C'est à peu près de cette manière qu'il a été acquis, un jour, que la loi de 1838 était mauvaise, se prêtait « aux abominations » signalées par M. Francisque Sarcey, et que, en un mot, il fallait la reviser au plus vite. Voyons donc maintenant ce qu'on nous propose à la place.

§ IV

PROJET DE LOI ADOPTÉ PAR LE SÉNAT

Le Sénat amené à discuter, à la suite du dépôt, par le Gouvernement, d'un projet sur le régime des aliénés, les modifi-

cations à apporter à la loi du 30 juin 1838, se trouva en présence de propositions dont, très sagement, il écarta un grand nombre, les jugeant inacceptables. Le remarquable rapport de M. Th. Roussel, déposé en mai 1884, œuvre si complète, si pleine de mesure et de conscience, conclut, en somme, au maintien pur et simple de la loi de 1838, quant aux formalités *avant l'entrée des aliénés dans les asiles*. Mais, *après cette entrée*, se placent des garanties qu'on suppose supérieures à celles existantes. Le placement ne deviendrait définitif qu'à la suite d'un jugement rendu, pour chaque aliéné individuellement, en chambre du conseil, sur le rapport d'un substitut délégué. Par cette modification, à coup sûr fondamentale, le Sénat a voulu donner satisfaction à l'opinion publique, étrangement faussée par des récits erronés, par des attaques passionnées.

Il faut dire que, sous l'empire des préventions qu'on connaît, on voulait plus encore..., on voulait que l'intervention de la Justice précédât le placement. Le fait d'avoir reculé cette intervention après l'admission a été considéré comme un important succès par ceux qui luttaient contre les bouleversements apportés à l'œuvre de 1838.

Le projet de loi adopté par le Sénat laisse subsister la division en asiles publics et privés. Il sanctionne la faculté, pour des parents ou des particuliers, de traiter un aliéné à domicile, mais en stipulant l'obligation de la déclaration et en prescrivant des mesures de contrôle et de surveillance (art. 7).

Il prévoit, par son article 16, le cas de toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés. Cette personne, pour être admise, doit simplement signer une demande et produire une pièce propre à établir son identité.

C'est l'article 19 qui constitue l'innovation essentielle de la loi votée par le Sénat.

ART. 19. — Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent (sensiblement les mêmes que celles de la loi de 1838), le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites, avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine

du médecin de l'établissement et l'avis du médecin inspecteur au Tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Le Tribunal statue d'urgence, en chambre du conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

Toutes les fois que le Tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médicale.

La décision du Tribunal est notifiée sur le champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

Les dispositions de l'article 19 visent aussi bien les placements d'office que les placements volontaires.

Les articles 36, 37, 38, 39 et 40, qui concernent les condamnés reconnus aliénés, les aliénés dits criminels, les inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale, nous intéressent particulièrement.

Art. 36. — Les individus de l'un et de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation mentale est constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, peuvent être, après avis du médecin inspecteur du département dans lequel l'établissement pénitentiaire est situé, conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires, et y être retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine.

Art. 37. — Est mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé dans un établissement d'aliénés, dans le cas où son état mental compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sûreté, et après de nouvelles vérifications, si elles sont nécessaires :

1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été considéré comme irresponsable et a été l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu :

2° Tout prévenu poursuivi en police correctionnelle qui a été acquitté comme irresponsable en raison de son état mental ;

3° Tout accusé ou prévenu poursuivi en Cour d'assises ou en Conseil de guerre qui a été l'objet d'un verdict de non-culpabilité, s'il résulte des débats qu'il était irresponsable à raison de son état mental.

Dans ces cas, l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement et, en cas de verdict de non-culpabilité, la Cour d'assises, par un arrêt spécial, renvoie l'inculpé, le prévenu ou l'accusé devant le Tribunal en chambre du conseil, qui statue comme il est dit au paragraphe 2 de l'art. 19.

Jusqu'à la décision du Tribunal, l'individu présumé aliéné est retenu dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'art. 40 ci-après.

Art. 38. — L'Etat fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, ou seront conduits et retenus, en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur, les aliénés mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'art. 37.

Pourront également y être conduits et retenus, en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Comité supérieur des aliénés :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

2° Les condamnés à une peine correctionnelle de moins d'un an d'emprisonnement qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine ;

3° Les condamnés reconnus aliénés dont il a été parlé à l'art 36, jusqu'à l'expiration de leur peine le ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant et après avis du Comité supérieur.

Art. 39. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 36 et 37 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'interné est ou non guéri et, en cas de guérison, s'il est ou non légitimement suspect de rechute.

La demande et la déclaration susdites, accompagnées de l'avis motivé du médecin inspecteur, sont déférées de droit au Tribunal, qui statue en chambre du Conseil, conformément à l'art 48 ci-après.

Si la sortie n'est pas accordée, la chambre du Conseil peut décider qu'il ne sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un sursis qui ne peut se prolonger au-delà d'une année.

La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la chambre du Conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier.

Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée conformément aux dispositions prescrites par les articles 15 et 28 de la présente loi.

Art. 40. — Lorsqu'un inculpé est présumé aliéné, l'expertise prescrite en vue de déterminer son état mental peut avoir lieu soit dans le quartier ou local d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice, conformément à l'article 34 de la présente loi, soit dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public si l'expert ou l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du préfet, pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison, par ordre du préfet, aussitôt que le chef responsable en fait la demande au préfet, pour motif de sécurité ou autre motif valable.

On peut donc résumer ainsi les innovations essentielles introduites dans le projet de loi voté en 1887 par le Sénat :

1° Surveillance administrative à l'égard des aliénés conservés et traités à domicile.

2° Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, dans la mesure de l'internement, aussi bien pour les placements volontaires que pour les placements d'office.

3° Création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés dits criminels avec les garanties qui en découlent au sujet des formalités qui règlent la sortie.

Si la première et la dernière de ces trois innovations doivent être approuvées sans réserves, il en est tout autrement de la deuxième, c'est-à-dire de la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans la mesure de l'internement.

§ V

PROPOSITION DE LOI DE MM. J. REINACH ET E. LAFONT

Le projet de loi voté par le Sénat a été introduit le 24 juin 1887 à la Chambre des députés, et ce n'est qu'un an après que

la commission chargée de l'examiner fut nommée. On touchait, alors, à la fin d'une législature et bien que la discussion n'ait pu, pour cette raison, avoir toute l'ampleur désirable, la commission désigna comme rapporteur, M. Bourneville qui, pressé par le temps, ne put examiner que les points principaux dans son travail.

Au commencement de l'année 1891, M. Joseph Reinach, député, reprit le projet de loi adopté par le Sénat et, après y avoir introduit quelques modifications, le présenta à la Chambre des députés. La commission qui fut nommée chargea M. Ernest Lafont, de rédiger un rapport qui ne put encore venir en discussion.

Au début de la présente législature, en février 1894, la proposition fut reprise par MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont. Un nouveau rapport fut préparé par ce dernier ; mais rien n'indique encore que la Chambre soit prête à l'examiner et il n'aura pas été donné à notre regretté confrère, M. le docteur Lafont que la mort est venue nous enlever, il y a quelques mois, de défendre son œuvre.

Ainsi donc, il va y avoir bientôt dix ans que le Sénat a voté la loi revisant la législation de 1838 sur les aliénés ; la question à la Chambre des députés en est, depuis lors, sensiblement au même point, et l'on commence à se demander quand pourra aboutir la réforme que d'aucuns trouvaient pourtant d'une urgence si absolue.

Je dois m'arrêter un peu sur la proposition de loi de M. Joseph Reinach (proposition qui se confond à peu près complètement aujourd'hui avec le rapport de M. Ernest Lafont).

Par les dispositions qu'elle énonce, par certains commentaires fort discutables et par l'exposé des motifs qui l'accompagnent, elle a soulevé et devait soulever de vives objections.

Déjà, au sein de nos sociétés savantes, dans nos congrès de médecine mentale, le projet de loi avait été l'objet d'un examen approfondi. A l'Académie de médecine, MM. Blanche, Billod, Luys, Mesnet (1) formulèrent des réserves dont la Chambre haute put apprécier toute la valeur, toute la sagesse.

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, 1884.

Au Congrès international de médecine mentale tenu à Paris, en août 1889, le projet de loi voté par le Sénat donna lieu à des débats intéressants qui s'ouvrirent à l'occasion du rapport du professeur Ball (1) : *De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés.* M. Jules Falret (2), avec la grande autorité qui s'attache à sa parole, a critiqué le principe essentiel du projet de loi : la compétence judiciaire substituée à la compétence spéciale.

La nouvelle législation établie par le Sénat lui paraît irréalisable, et il conclut que les améliorations à introduire dans la loi de 1838, si excellente dans les principes qu'elle a promulgués, ne peuvent consister que dans des mesures plus exactes de surveillance administrative ou judiciaire, mais non dans un changement radical des bases mêmes de la législation existante.

La même opinion fut émise à ce Congrès, non plus par un médecin, mais par un magistrat du plus haut rang, que sa qualité de Président de la commission de surveillance des asiles de la Seine rend tout spécialement compétent en la matière : M. Barbier, premier Président à la Cour de cassation. « Comment, s'écrie-t-il, c'est le juge qui dira, dorénavant, s'il faut ou non interner telle personne ! Mais vous imposez au juge une responsabilité qui ne saurait lui appartenir et laissez-moi vous dire que vous faites là un bien triste cadeau à la magistrature. »

C'était aussi l'avis que m'exprimait, un jour, un autre magistrat d'esprit si élevé, M. Aubépin, alors Président du Tribunal civil de la Seine.

Nous nous entretenions, dans son cabinet, des dispositions du projet de loi revisant la loi de 1838... Il s'étonnait qu'on eût songé à demander aux magistrats d'intervenir pour tout placement et comme, sur son invitation, je lui faisais connaître qu'il faudrait prononcer environ 5.000 jugements, annuellement, il s'écria : « Mais nous n'y suffirons jamais ! »

En mai et juin 1891, la Société médico-psychologique avait

(1) BALL, *Comptes rendus du Congrès de médecine mentale*, Paris, 1889.
(2) J. FALRET, *comptes rendus du Congrès de médecine ment.*, Paris, 1889.

mis à l'ordre du jour de ses séances l'examen du rapport de M. Joseph Reinach (1). En l'absence de M. J. Falret, inscrit pour prendre la parole, je fus amené à présenter quelques observations sur certaines assertions et propositions de l'honorable député. Pris à l'improviste, je ne pus sans doute préciser, autant qu'il aurait fallu, les objections qui s'offraient, dès ce moment, à l'esprit de la plupart d'entre nous. Je crois pourtant avoir exprimé l'opinion de la très grande majorité, sinon de l'unanimité de mes collègues, dans les critiques que j'ai formulées contre l'œuvre de M. J. Reinach, œuvre d'ailleurs remarquable à beaucoup de titres, je m'empresse de le reconnaître.

Les arguments que l'auteur de la proposition fait valoir en faveur d'une revision fondamentale de la loi du 30 juin 1838, peuvent être rangés sous deux chefs principaux :

1° *En principe*, le médecin aliéniste ne possède pas des données assez sûres pour préciser le diagnostic de la folie et décider, sans hésitation, s'il y a nécessité de procéder à la séquestration de tel ou tel individu, en sorte que *la liberté individuelle est exposée au péril de diagnostics souvent erronés, parfois complaisants, des hommes de l'art.*

2° *En fait*, la loi du 30 juin 1838, en laissant au médecin le pouvoir de prononcer si, oui ou non, la mesure de séquestration est nécessaire, a ouvert la porte à de si scandaleux abus, qu'il suffit de citer, pour juger ladite loi, les exemples de séquestrations arbitraires qui ont si profondément ému l'opinion publique.

M. J. Reinach a-t-il fait la démonstration de ce qu'il avance ? Oui, si des assertions sont des preuves ; non, s'il faut, pour que cette démonstration soit complète, des faits précis et indiscutables.

La science aliéniste n'en est pas à ce balbutiement qui, pour l'auteur du projet de loi, enlèverait à ses arrêts la garantie que la société doit exiger.

(1) Paul Garnier, Discussion sur la revision de la loi du 30 juin 1838 (*Ann. méd. psych.*, 1891).

Si la situation était celle que dépeint M. Reinach, c'est en foule que les exemples se seraient présentés à lui pour attester que la loi de 1838 se prête aux pires entreprises contre la liberté individuelle. Depuis plus d'un demi-siècle, elle est appliquée plusieurs centaines de fois par jour; or, combien d'erreurs cite-on ? Deux, trois... et pour tous ceux qui sont à même de juger les choses de plus près que le public, les exemples en question ne sont même pas valables. Il faut avouer que la science aliéniste n'a pas été trop inférieure à sa tâche.

Des trois exemples signalés par l'auteur du projet de revision : — l'affaire Sandou, l'affaire Monastério, l'affaire Seillière — aucun n'est propre à montrer que la loi en vigueur a favorisé l'erreur ou le crime. Suffit-il donc que l'opinion publique, égarée par des récits inexacts et fantaisistes, se soit émue, pour qu'on prenne texte de l'événement et qu'on le porte au passif d'une loi qui ne saurait vraiment en être chargée, de l'avis de tous ceux qui sont à même de connaître l'exacte vérité.

Le fait qu'il faudra un jugement pour rendre définitif l'internement est-il donc de nature à nous mettre absolument à l'abri de l'erreur ou de ces négligences avec lesquelles toute loi est forcée de compter, si parfaite qu'elle puisse être ?

Mais n'est-il pas certain d'avance, que si les magistrats veulent être éclairés dans une question où la parole est, quoi qu'on fasse, au médecin, puisqu'il s'agit de maladie, n'est-il pas certain, dis-je, que ces magistrats, soucieux de la responsabilité qui pèsera sur eux, devront prendre l'avis d'un médecin, de l'un de ces spécialistes, précisément, dont M. Reinach se défie tant ; car, dit-il, comme le spécialiste des maladies du cœur ou de l'estomac, qui en trouve, souvent, pour ne pas dire toujours, chez l'homme le mieux portant, l'aliéniste est disposé à trouver aliéné un homme parfaitement sain d'esprit !!

N'est-il pas certain que leur jugement sera fait de cette opinion médicale qu'on suspecte et qu'on redoute ?

Après comme *avant*, il faudra donc toujours recourir aux avis de la science aliéniste. Et, dès lors, où est l'avantage de l'innovation ?

L'inconvénient s'aperçoit, en tous les cas, de la manière la plus nette.

Comment, alors que la tendance actuelle, tendance essentiellement humanitaire et liée d'ailleurs aux progrès mêmes de la science, est de chercher à effacer, le plus possible, cette tare qui marquait si profondément, autrefois, et marque encore, aujourd'hui, le déshérité de la raison, et de s'efforcer de le rapprocher, de plus en plus, d'un malade ordinaire, on voudrait, au contraire, accentuer cette tare et cette séparation en faisant de l'aliéné un être absolument à part, séquestré du reste des hommes par cette chose toujours redoutable dans l'esprit public, par un jugement ! Je me refuse à voir là un progrès.

Ne va-t-on pas apporter une aggravation à une situation déjà bien malheureuse sur laquelle une famille douloureusement frappée voudrait faire le silence ? N'y a-t-il pas à redouter que, dans la crainte d'une divulgation et d'un scandale possible, les familles n'adoptent des mesures ou des procédés dont pourra pâtir le malade ? La publicité donnée à cette infortune est une inutile cruauté ; dans bien des cas, elle entraînera le discrédit et la ruine.

Autre point. Pendant que la Justice s'occupera de rechercher si l'internement définitif doit être prononcé, les présumés aliénés, enfermés *provisoirement* dans ces quartiers d'observation qu'on veut pour eux et dont la création serait si onéreuse pour le budget, attendront, là, qu'il soit statué sur leur sort. On admet, je pense, qu'ils pourront y recevoir les soins que leur état exigerait. Mais, est-on bien sûre que, dans de telles conditions, on serait pleinement fondé à instituer un traitement ? Ai-je le droit de traiter comme un aliéné, un individu qui a le droit, lui, de me dire qu'il ne l'est pas et *qu'il n'y a rien de fait* tant que le Tribunal n'aura pas prononcé le jugement grâce auquel, seulement, il sera permis de le considérer et, par conséquent, de le traiter comme un malade ?

Jusqu'au prononcé de ce jugement je suis, moi chef de service, en face d'un point d'interrogation ; et, dans le doute, l'abstention n'est-elle pas de rigueur ? Supposons, en effet, que

le traitement ait été institué contre la folie et que, cependant, le jugement vienne déclarer, quelques jours plus tard, que l'imputation de folie n'était point justifiée et ordonne la mise en liberté immédiate de celui que nous soignions déjà comme aliéné, en nous fiant aux résultats de notre examen et à notre expérience. Dans quelle étrange posture serait le médecin ainsi désavoué dans sa tentative de thérapeutique et quelle contenance pourrait-il garder vis-à-vis d'un individu légalement soustrait à cette thérapeutique jugée inutile et peut-être, selon lui, dangereux ?

N'est-on pas allé jusqu'à prétendre, d'ailleurs, que le traitement adopté par les aliénistes était de nature à faire promptement un aliéné d'un homme parfaitement sain d'esprit à son entrée à l'asile ?

Qui ne voit les difficultés, les embarras quotidiens d'une situation aussi bizarre ?

Il y a plus. Nous internons tous les jours un grand nombre d'individus atteints de délire alcoolique aigu. Chez la plupart de ces intoxiqués, le délire s'apaise au bout de quelques jours. Avec la nouvelle loi, tantôt le jugement de collation définitive viendrait transformer en une séquestration de longue durée un internement qui pourrait prendre fin dans deux ou trois semaines ; tantôt, au moment de l'enquête judiciaire, le délire aura disparu et on ne trouvera pas légitime un internement qui était, cependant, pleinement motivé par l'état du malade au plein de la crise de folie éthylique. Un jugement d'élargissement sera, alors, interprété comme une désapprobation de la conduite du médecin certificateur. Rien ne sera moins juste, et un praticien qui aurait été victime de cette sorte de mésaventure sera porté à se renfermer, à l'avenir, dans une abstention dont on peut prévoir les graves inconvénients.

Ces mêmes objections ont été faites au projet de M. Reinach, au congrès de médecine mentale, tenu à Lyon, en août 1891. MM. Rebastel, Sabran, Pierret, Giraud, Rouby, Camuset (1), se

(1) *Comptes rendus du Congrès de Médecine mentale*, Lyon, 1891,

sont élevés avec une grande force, contre cette réforme capitale qui change l'assiette même de la loi de 1838 : la dépossession de l'autorité administrative au profit (?) de l'autorité judiciaire. « Il me semble, disait M. Rebastel, qu'un Préfet, relevant directement de l'opinion publique, de la presse, de son chef immédiat, le ministre de l'Intérieur, a une personnalité plus engagée et, par conséquent, est tenu à plus de circonspection et de prudence qu'un tribunal anonyme et irresponsable. En outre, l'art. 29 de la loi de 1838 dit qu'après la décision du Préfet prononçant l'internement, tout parent ou ami de l'interné peut en appeler devant le Tribunal qui doit faire une nouvelle enquête et ordonner la sortie immédiate s'il le juge bon. Il y a là une juridiction d'appel, qu'un ami quelconque peut mettre en mouvement et qui constitue une garantie des plus sérieuses pour l'interné : elle disparaît avec le nouveau projet de loi et le Tribunal prononce d'emblée irrévocablement et sans appel. » Lunier (1) avait exprimé la même idée dans son mémoire sur l'isolement des aliénés.

A la suite de cette discussion, le Congrès de Lyon adopta à l'*unanimité* le vœu suivant :

« Les membres du Congrès de médecine mentale de Lyon considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis plus de 50 ans, répond aux besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints, comme nombre, et des plus contestables comme faits.

« Emettent le vœu : Que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans toutes ses dispositions générales. »

Au cours de cette même année 1891, le Conseil supérieur de l'assistance publique consacra plusieurs séances à l'examen du projet de loi et, grâce aux efforts de MM. Magnan et Monod, il vota contre la substitution du pouvoir judiciaire au pouvoir

(1) Lunier, De l'isolement des aliénés (*Ann. méd. psych.*, 1871).

administratif. L'opinion du Conseil supérieur fut que la loi de 1838 présentait toutes les garanties qu'on pouvait souhaiter pour le respect de la liberté individuelle, et que les cas de séquestrations arbitraires devaient être réduits à leur juste valeur ; mais il a estimé que les dispositions du projet qui concernent l'assistance des épileptiques, le placement volontaire (placement demandé par le malade lui-même) et la gestion des biens des aliénés complétaient d'une façon utile la loi de 1838.

§ VI

NÉCESSITÉ DE MAINTENIR A L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE LE POUVOIR DU PLACEMENT

En résumé, que se dégage-t-il de tout cet exposé consacré à l'examen : 1° de la loi du 30 juin 1838 ; 2° des critiques dirigées contre celles de ses dispositions relatives aux formalités requises pour l'internement ; 3° des modifications fondamentales introduites dans le projet de revision ?

C'est d'abord, que l'organisme de la loi de 1838 reposant, à la fois et par ordre successif, sur le contrôle médical, administratif et judiciaire, n'est pas cet instrument législatif si défectueux qu'on a voulu dire. Il semble, au contraire, qu'il met toutes choses à leur vraie place, puisque, pour la maladie qu'est la folie, la première intervention, jugée à bon droit nécessaire, est celle du médecin ; puisqu'apparaît, immédiatement après, l'intervention administrative qui, d'après les résultats de son enquête, règle et assure l'exécution de la mesure médicale de l'internement, dans l'intérêt du malade lui-même et de la société qu'elle a spécialement mission de protéger ; et puisque, enfin, la visite du procureur de la République, et le recours à tout instant possible aux tribunaux fournissent tous les éléments de contrôle judiciaire.

Quand on songe à toutes les complicités qui seraient nécessaires pour consommer l'un de ces attentats à la liberté indi-

viduelle dont on ne parle tant que parce qu'on ne connaît pas exactement les sages dispositions de la loi de 1838, on ne peut que se rassurer et se dire, que ce n'est pas à l'application de cette loi qu'il faudrait imputer l'erreur ou le crime, s'il y avait lieu, mais à l'oubli de ses prescriptions.

On lui a reproché d'avoir méconnu ce principe fondamental du Code civil français : qu'un homme ne peut être atteint dans sa capacité ou amoindri dans son état civil qu'en vertu d'une décision judiciaire. Ce reproche qui a acquis, il faut le dire, bien des partisans à la revision de l'œuvre législative de 1838, n'a pas toute la portée qu'on lui attribue. La mesure de l'internement ne dépouille pas l'homme de ses droits, comme le ferait un jugement, car elle n'a pas de caractère définitif, est révocable à tout instant par le fait d'un retour rapide à la raison ; la liberté n'est limitée que par la maladie elle-même, et les dangers qu'elle fait courir à l'aliéné ou à autrui. Assurez-vous par tous les moyens possibles, que cette aliénation mentale, forcément restrictive de la liberté, est bien réelle, mais n'infligez pas un jugement à celui que vous prétendez vouloir protéger, car ce ne peut être là un progrès. L'internement doit rester une mesure essentiellement sanitaire, sous le contrôle administratif et judiciaire, mais il ne doit pas faire l'objet d'un jugement qui découvrirait forcément le malade, rendrait publique une infortune qui s'adoucit, un peu, à rester secrète. C'est un malade ; n'en faites pas, pour cela, un être à part dans la société.

Les intentions sont excellentes. Mais, elles l'étaient aussi quand on demandait l'intervention du jury pour décider de l'internement d'un aliéné. Cela paraît déjà bien étrange à un recul de vingt-cinq années. Et pourtant, que cette question de l'appréciation de la réalité de la folie et des prescriptions de son traitement soit renvoyée à des magistrats temporaires ou à des fonctionnaires de l'ordre judiciaire, cela ne la modifie pas d'une manière bien considérable. L'incompétence de l'une et de l'autre juridiction est sensiblement la même.

J'ai déjà montré que la préoccupation d'attribuer à l'intervention judiciaire le pouvoir de l'internement, n'a pas été le

privilège des hommes de notre génération. Cette question d'attribution de pouvoirs a été l'objet d'une attention spéciale dans de très longs débats qui ont précédé le vote de la loi de 1838, et on peut présumer que le législateur ne s'est prononcé, qu'après mûr examen des inconvénients et des avantages de telle ou telle solution.

M. de Gasparin, ministre de l'Intérieur, disait en termes excellents, à la Chambre des députés, le 6 janvier 1837 : « Les mesures de précaution relatives à l'isolement des aliénés demandent ordinairement une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires et qui sont faciles et naturelles aux opérations administratives ».

La justice va-t-elle modifier sa marche ordinaire ? Il le faudra bien. Mais en l'abandonnant, en se faisant expéditive, elle sera obligée de renoncer à cette maturité de décision à laquelle elle tient essentiellement, y trouvant la garantie la plus sûre de ses jugements.

La précipitation d'allures ne saurait lui convenir et j'en ai montré, au Congrès d'anthropologie criminelle, tenu en 1892 à Bruxelles (1), tous les graves inconvénients. Quand l'autorité administrative veille — et sa vigilance est avivée par le souci de sa responsabilité toujours engagée — à prévenir toute atteinte à la liberté individuelle, quand le pouvoir judiciaire régulièrement instruit de toutes les mesures d'internement, exerce son droit de contrôle et est ainsi à même de sévir toutes les fois que la liberté individuelle lui paraîtra avoir été violée, est-ce que chacun des pouvoirs n'a pas les attributions qui lui sont propres ? L'action préventive appartient, en effet, à l'autorité administrative ; l'action répressive, seule, est du ressort de la justice. La loi de 1838 a donc bien donné à chacun des deux pouvoirs la part de compétence qui est vraiment sienne.

La Justice a mieux à faire que de prétendre à l'examen de

(1) Paul Garnier, *Comptes rendus du Congrès de Bruxelles* (Aliénés méconnus et condamnés).

tous les cas d'isolement, indistinctement ; car, ce serait le meilleur moyen d'énerver son intervention et de la réduire à une formalité banale ; son vrai rôle est de concentrer son attention sur les seuls cas qui peuvent appeler, par suite de circonstances spéciales, la nécessité de ses décisions, et, au besoin, provoquer son action répressive.

§ VII

PERFECTIONNEMENTS A APPORTER A LA LOI DU 30 JANVIER 1838, AU POINT DE VUE DE L'INTERNEMENT

Est-ce donc que la loi du 30 juin 1838 soit intangible ? Elle est perfectible comme tout instrument législatif peut l'être. Où est l'œuvre qui, après un demi-siècle, n'a besoin d'aucune retouche, quand surtout, de par sa nature, elle doit nécessairement s'adapter aux progrès de l'esprit humain ?

Cependant, tout nous commande de ne porter qu'une main légère sur l'organisme de la loi du 30 juin 1838, qui n'est pas à changer, mais seulement à perfectionner, l'expérience y ayant révélé quelques défectuosités ou lacunes dans ses parties accessoires.

Autant que les adversaires systématiques de la loi du 30 juin 1838, nous voulons que la mesure de l'internement soit entourée de précautions et de garanties aussi complètes que possible. Mais encore faut-il, cependant. que ces garanties soient judicieuses, constituent une réalité plutôt qu'une illusion et ne tournent pas au détriment du malade, que tous nos efforts doivent tendre à guérir.

Pour l'examen de ces perfectionnements, un regard jeté chez nos voisins nous apporte-t-il des renseignements utiles ? Je ne saurais songer à faire ici une étude de législation comparée ; je noterai seulement que la Belgique, l'Autriche, la Suède, la Norwège et la Russie accordent une prépondérance à l'autorité médicale, contrôlée par l'intervention administrative. Dans la

plupart des Etats de l'Amérique du Nord, la question de l'internement est soumise à l'appréciation du jury. Il est inutile d'insister sur les raisons qui militent contre un tel système.

En Angleterre, où l'unification législative est, d'ailleurs, loin d'exister dans les réglementations appliquées aux aliénés, les placements sont de deux ordres : 1° Ceux qui sont prescrits par l'autorité publique, par mesure d'assistance ou de sûreté ; ils correspondent à nos placements d'office ; 2° ceux qui sont effectués par les particuliers ; ils imitent nos placements volontaires. L'intervention du juge de paix, assisté d'un médecin, est réclamée pour les premiers ; deux certificats de médecins, qui doivent avoir, séparément et le même jour, visité le malade, sont exigés pour les seconds, sans que l'intervention du magistrat soit requise.

En Ecosse, *tous les placements* doivent être ordonnés par un dépositaire de l'autorité publique, le shériff. Enfin, en Italie, en Espagne, en Hollande, l'internement est subordonné à une décision judiciaire.

Dans la recherche consciencieuse et réfléchie des moyens propres à augmenter, si possible, les garanties de la loi sur le régime des aliénés, on s'est posé, plusieurs fois, la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'imiter l'Angleterre en exigeant un double certificat. On ne peut pas méconnaître que la décision médicale peut emprunter, à cette double attestation, plus de force et d'autorité, surtout vis-à-vis du public. Seules, les difficultés de l'exécution de cette formalité, en tous temps et en tous lieux, ont empêché de l'inscrire dans la loi. On a estimé avec raison que, dans les cas d'urgence, ce peut être là une cause de retard préjudiciable aux intérêts du malade et de la société ; la mesure serait à peu près impraticable à la campagne. Peut-être, cependant, le législateur eût-il pu inscrire, dans l'article relatif aux formalités requises pour l'internement, la nécessité du double certificat, sauf à prévoir des exceptions comme il en prévoit pour les cas dits d'urgence.

Dans un paragraphe additionnel, il eût été spécifié, par

exemple, que, en cas d'urgence (ou d'impossibilité) dûment constatée, un rapport unique pourrait suffire.

Nous venons de voir qu'en Ecosse, la catégorie des placements volontaires n'existe pas. C'est assurément à propos de ces placements opérés sur la demande des parents et sur la production d'un unique certificat médical que les attaques dirigées contre la loi du 30 juin 1838 ont été les plus vives. Le contrôle ultérieur rassure peu l'opinion publique toujours si impressionnable en ces questions d'internement. Conviendrait-il de supprimer cet ordre de placements pour calmer les craintes si vives qu'on voit se manifester à tout instant ? Ce serait l'avis de l'un de nos distingués collègues, M. Doutrebente (1), qui disait au Congrès de 1889, à Paris : « J'avais proposé de supprimer purement et simplement les placements volontaires, qui, dans la pratique courante ne sont jamais faits que pour des indigents, à l'exception de Paris ; ils peuvent, plus facilement que les placements d'office, donner à penser que la séquestration arbitraire des aliénés est possible et, enfin, les internements d'office placent tous les aliénés de toutes les classes dans les mêmes conditions pour profiter des bénéfices et des bienfaits du placement dans les asiles publics ou privés ».

S'il fallait absolument apporter une modification importante dans l'organisme de la loi de 1838, pour dissiper des inquiétudes sans cesse entretenues, à l'heure actuelle, par des articles sensationnels, je me rangerais à ce système de l'unification de placements, plutôt que d'admettre la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, innovation illogique et impraticable surtout dans une ville comme Paris. Répondant à M. Doutrebente, M. Bourneville (2) a objecté que, en ce qui concerne Paris, l'installation défectueuse de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, l'avait au contraire toujours poussé à demander l'augmentation des placements volontaires, afin de diminuer d'autant le nombre des malades appelés à passer par ce

(1) DOUTREBENTE, *Comptes rendus méd. ment.*, Paris, 1889.

(2) BOURNEVILLE, *Compte rendu du Cong. méd. ment.*, Paris, 1889.

service. Notre distingué collègue a signalé en termes sévères, l'insuffisance de cette Infirmerie. Il n'a pas été le seul. J'ai, pour ma part, réclamé, à bien des reprises, dans des rapports largement motivés, adressés soit au Préfet de Police, soit au Conseil Général, des modifications devenues absolument nécessaires.

Mais les réclamations les plus pressantes s'étaient toujours heurtées à des difficultés qu'on jugeait insurmontables. Je n'ai pas voulu admettre qu'elles fussent aussi invincibles que cela et j'ai poursuivi, sans relâche, cette réforme urgente, secondé d'ailleurs par le concours des chefs de l'Administration, concours devenu particulièrement actif et efficace depuis que M. Lépine est Préfet de Police. Je considère comme une bonne fortune de pouvoir annoncer au Congrès de Nancy, que le Conseil Général de la Seine vient de décider de faire aménager, dans des locaux suffisamment distincts du dépôt, une nouvelle infirmerie spéciale. Il y a lieu de le féliciter hautement de cette résolution destinée à remédier à des inconvénients multiples et particulièrement graves, vu la progression incessante du nombre des personnes conduites à cette infirmerie pour y être examinées.

Et puisque je parle de l'Infirmerie spéciale, je dois à la vérité de dire que mes éminents prédécesseurs dans la direction de ce service, Lasègue et Legrand du Saulle, se sont émus, maintes fois, de l'insuffisance de la plupart des certificats médicaux joints aux dossiers administratifs. J'ai, avec regret, dû faire la même constatation. Tardieu (1) avait été également frappé de ce fait. « La plupart des certificats, dit-il, sont loin de répondre à l'importance de la mesure qu'ils ont pour objet d'autoriser... La loi a eu soin d'énoncer cependant que le certificat d'admission devrait indiquer expressément les particularités de la maladie d'où résulterait la nécessité du placement dans une maison d'aliénés. Si donc les certificats sont généralement insuffisants, il faut s'en prendre à ceux qui les rédigent trop légèrement et à ceux qui les acceptent sans contrôle. »

Il conviendrait, ce n'est pas douteux, de veiller à ce que

(1) TARDIEU, *loc. cit.*

la loi fût, sur ce point, plus strictement observée, et pour en bien préciser l'importance, le projet de révision voté par le Sénat exige, avec raison, plus qu'un simple certificat ; il prescrit que ce certificat sera un véritable rapport ; il sera circonstancié, par conséquent ; il énoncera la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours, les symptômes observés et les preuves de la folie, *constatées personnellement par le signataire*, la marche de la maladie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

C'est à cette occasion qu'il est permis de signaler un *desideratum.* Les certificats-rapports seraient infiniment plus exacts et plus probants si les connaissances en pathologie mentale étaient plus répandues parmi nos confrères.

Comme le rappelait éloquemment, l'année dernière, notre cher et éminent président du Congrès de Bordeaux, M. le professeur Joffroy (1), l'enseignement des maladies mentales n'existe en France qu'à l'état d'ébauche. « On n'exige, disait-il, de l'étudiant, aucun stage dans un asile, aucun examen spécial et, le plus souvent, il recevra un diplôme de docteur sans avoir assisté à une seule leçon d'aliénation mentale, sans avoir examiné un seul aliéné ! »

Trop longtemps, la clinique cérébrale a été délaissée par les médecins comme une science quelque peu étrangère à leur art. C'était, là, comme un rameau presque détaché du tronc, et pourtant il lui emprunte sa vie, ses tendances naturelles et ses lois essentielles. La connaissance des maladies mentales n'est pas une instruction de luxe ; elle est de tous points indispensable, puisque, à tout instant de son existence professionnelle, le médecin peut être appelé à examiner des aliénés, à se prononcer sur les problèmes si graves, que soulève, au point de vue social et humanitaire, la question de la folie.

(1) JOFFROY, *Compte rendu du Congrès de médecine mentale*, Bordeaux, 1895.

Il y a donc encore beaucoup à faire pour que l'enseignement pratique de la pathologie cérébrale soit ce qu'il doit être en France. Hélas ! nous ne sommes plus ici à l'avant-garde du progrès ; nous oublions la tradition française et la comparaison avec ce qui existe chez beaucoup de nations voisines n'est pas précisément à notre avantage.

§ VIII

L'INTERNEMENT DES IRRESPONSABLES

Si, à un point de vue exclusivement scientifique, l'individu que sa folie a entraîné à un attentat ou à un délit ne se différencie pas sensiblement d'un aliéné ordinaire, puisqu'il n'y a, là, qu'un accident ou même parfois un véritable symptôme de son délire, il faut convenir, cependant, qu'au point de vue social, il s'est créé une situation à part dont la collectivité est bien forcée de s'inquiéter.

Le délire, ou la démence, constitue, en vertu de l'art. 64 du code pénal, un droit à l'excuse légale, mais non un droit à la récidive, et si la société n'a pu ou n'a su être assez prévoyante pour empêcher la première offense, elle oublierait la plus élémentaire prudence en ne prenant pas ses précautions à l'effet d'en éviter de retour.

Tout n'est pas fini quand le délinquant ou le criminel a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement en raison de son état mental. Cet aliéné qui échappe ainsi à la responsabilité de ses actes, va-t-il pouvoir se remettre, au gré de sa folie, en conflit avec les lois ? Si oui, il est certain que sa présence dans la société est un danger permanent ; c'est ce dont ne s'est pas assez préoccupé le législateur de 1838. Il a bien compté, il est vrai, sur l'art. 18 qui stipule : qu'à Paris, le Préfet de Police et, dans les départements, les Préfets ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de

toute personne interdite ou non dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

En fait, que se passe-t-il ? Les délinquants qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, les criminels acquittés en cour d'assises, sur les conclusions de l'expertise médico-légale, sont généralement mis à la disposition de l'autorité administrative, à charge par celle-ci de pourvoir à leur envoi dans un asile d'aliénés. Si le rapport médico-légal n'a pas plus de quinze jours de date, l'Administration ne juge pas nécessaire de faire procéder à un nouvel examen par un médecin délégué par elle... l'aliéné est transféré directement à l'asile par ses soins. Mais tout ce qui est fait, ainsi, n'est réglé que par une sorte de compromis qui ne lie pas autrement le pouvoir administratif. Ce n'est là qu'une petite partie des inconvénients de la situation existante.

L'Administration est entrée dans les vues de la Justice et de la science ; elle a pourvu au placement de l'aliéné. La société, dès lors tranquillisée, peut se croire à l'abri pour longtemps. Il faut qu'elle se détrompe. Dans quelques mois — parfois il faut compter seulement par semaines — l'individu ainsi séquestré comme un être dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes est élargi, et ce n'est plus guère une surprise, maintenant, pour les médecins qui sont appelés fréquemment à intervenir comme experts, de se heurter dans la rue avec tel individu déféré récemment à la Justice à la suite d'un attentat, déclaré irresponsable après sérieux examen et interné dans un asile d'aliénés.

On a dirigé cet homme sur un service, sans seulement le faire suivre d'une notice qui éclairerait le médecin de l'asile sur les particularités de l'individualité clinique confiée à ses soins. A son arrivée, cet irresponsable est assez souvent calme, paisible. Il s'adapte au régime de l'asile, s'y conduit bien. La demande de sortie est bientôt introduite et, ne trouvant pas dans l'état actuel de quoi justifier la maintenue, mal éclairé d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit, sur les circonstances qui avaient entraîné la séquestration, le médecin signe la mise en liberté.

D'autres fois, ce passé lui est mieux connu. Il sait que l'aliéné a commis un crime... mais, il y a des années... et la vie se déroule, à l'asile, sans accidents pathologiques nouveaux; que faut-il faire ? C'est un épileptique qui a tué en plein vertige... Des années se passent sans un accès convulsif ou délirant. L'état de l'interné ne nécessite plus sa présence à l'asile et ce qui l'y fait maintenir, c'est la crainte seule d'une rechute possible. Cette crainte, pour légitime qu'elle soit, va-t-elle suffire pour priver indéfiniment cet homme de sa liberté ? Ici les avis sont partagés. Les uns réclament *l'internement à vie de l'aliéné homicide*, plus préoccupés, en ce cas, de la tranquillité sociale que du souci de la liberté individuelle... et on les comprend. Les autres, ne pouvant se résoudre à cette rigueur si absolue, font valoir le caractère si grave de l'inflexibilité de ce principe, sans base certaine, et on les comprend non moins bien.

Mais tout ceci donne la mesure des perplexités par lesquelles peut passer le médecin à qui, seul, incombe, actuellement, la responsabilité de la décision d'où peut résulter un crime de plus ou qui va condamner un malheureux, devenu indemne de tout délire, à un internement perpétuel.

Voici un homme qui, par son délit ou son crime, a motivé l'intervention de la loi, mais la Justice n'a devant elle qu'un irresponsable, qu'un aliéné, et elle désarme. Ce n'est peut-être pas une raison pour qu'elle le perde totalement de vue. Le jour où cet homme est sur le point de reparaître dans la société, n'est-il pas logique qu'elle s'inquiète de savoir si le fait de le rendre à la vie ordinaire est sans danger. N'est-il pas logique qu'elle exerce, à cet instant, un contrôle, tout en s'aidant des lumières de la science et qu'elle prenne, enfin, une responsabilité qui reste excessive lorsque c'est le médecin, seul, qui en supporte le poids ?

Les critiques passionnées dirigées contre la loi du 30 juin 1838, ont eu, à peu près, pour unique objet la prétendue insuffisance des garanties qu'elle prescrit pour l'*entrée* des malades à l'asile. Avec plus de vérité, on aurait pu lui adresser le

reproche de n'avoir pas pris assez de précautions pour empêcher la sortie d'individus qui, tout affranchis qu'ils soient du délire qui avait motivé leur internement à la suite d'actes graves, n'en restent pas moins des êtres dangereux par la prévision légitime d'une rechute dont l'échéance suivra sans doute de près la mise en liberté.

L'expérience de chaque jour a démontré qu'il y avait, là, une lacune importante, et c'est bien plus pour la combler que pour bouleverser toute l'économie des formalités requises au sujet de l'admission, que la révision de la loi semble opportune.

Je suis ainsi amené, mais je ne peux le faire que sommairement, à examiner deux questions qui ne sauraient être omises dans ce rapport :

1° *La création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels ;*

2° *Les mesures spéciales à prendre à l'égard des délirants alcooliques récidivistes.*

§ IX

LES ASILES SPÉCIAUX OU « ASILES DE SURETÉ » POUR LES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS

Il y 25 ans environ que les sociétés savantes et les congrès spéciaux ont mis à l'ordre du jour de leurs discussions l'étude des mesures à prendre à l'effet d'augmenter les garanties de la société contre les actes délictueux ou criminels commis par les aliénés qui ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement. En 1872, la société de législation comparée formulait des conclusions dans ce sens ; puis, ce fut le tour de la société de médecine légale de France, en 1877.

Un an plus tard, la question se précise et est serrée de près. Le congrès international de médecine mentale, tenu à Paris, en

1878, émit, sur la proposition de M. Barbier, le vœu « que des asiles ou quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivis par la Justice répressive et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental ». Une commission, dans laquelle l'élément judiciaire, administratif et médical seraient représentés, aurait mission de statuer sur les sorties des aliénés séquestrés à la suite d'un non-lieu ou d'un acquittement.

M. Blanche dans son rapport à l'Académie de médecine, en 1884, conclut de la même façon.

Le Sénat s'est évidemment inspiré de ces vœux dans le projet de loi adopté en 1887 et les art. 36, 37, 38, 39 et 40 que nous avons reproduits plus haut règlent d'une manière satisfaisante cette situation. Les propositions de loi portées devant la Chambre des Députés par MM. Reinach et Lafont en maintiennent les dispositions générales.

La nécessité de mieux défendre la société contre les aliénés dangereux que ne le fait la loi du 30 juin 1838 a donc été admise, et les voies et moyens pour arriver à ce but paraissent fournis par la nouvelle loi.

Une distinction très importante, qui s'est imposée, d'ailleurs, à tous ceux qui ont traité cette question, est à faire suivant qu'il s'agit : 1° des criminels devenus aliénés au cours de leur détention ; 2° des aliénés dits criminels.

Admettre les premiers parmi les malades d'un asile semblerait un procédé si choquant que l'Administration pénitentiaire s'est depuis longtemps préoccupée de leur consacrer une sorte de vaste infirmerie spéciale, annexée à un établissement pénitentiaire et a attribué à cette catégorie d'individus, toujours marqués de tare morale première, en dépit d'une intervention morbide ultérieure, le quartier de Gaillon dont le fonctionnement est des plus réguliers et rend d'incontestables services.

Si l'humanité commande de ne pas priver des soins spéciaux qui lui sont nécessaires le criminel, il importe cependant de le séparer des infortunés que leur état, seul, de déraison, a transformés en délinquants.

Sur ce point, tout le monde est à peu près d'accord. Où on l'est un peu moins, c'est sur la question de savoir si les aliénés *dits criminels* doivent être gardés au milieu des autres malades d'un asile. Ce sont, a-t-on dit, des malades comme les autres ; ils n'ont été criminels que parce que ce sont des malades ; pourquoi, alors que la Justice les a déclarés irresponsables, vouloir leur faire une situation à part qui les marquera, quand même, d'une sorte de tare ?

Les partisans de cette séparation répliquent, non sans raison, qu'en ne s'occupant que de ces irresponsables, on néglige trop les intérêts de ceux qui, n'ayant pas commis de crimes, vont pourtant se trouver confondus avec des aliénés criminels. Les familles de ces malades peuvent en être douloureusement frappées. Enfin, leur argument décisif est de montrer l'inconvénient grave qu'il y aurait à placer ces aliénés, foncièrement dangereux pour la plupart, dans les asiles qui tendent de plus en plus à se transformer en hospices ordinaires et où leur présence nécessiterait des mesures rigoureuses de séquestration dont pâtirait l'ensemble des malades.

Il y a là, sans doute, plus qu'une question de sentiment, et la transformation de nos établissements en maisons riantes et largement ouvertes ne serait guère compatible avec la présence de ces aliénés dangereux.

M. Bourneville a été l'un de ceux qui ont montré l'opposition la plus vive à la création des asiles spéciaux pour aliénés dits criminels. Dans deux ou trois circonstances, son intervention a eu pour effet d'empêcher le vote de conclusions favorables à cette création.

Si l'on peut comprendre les raisons qui guident le clinicien, il y a lieu de s'arrêter aussi aux motifs puissants que font valoir des hommes chaque jour aux prises avec les difficultés de la médecine légale. Je maintiens qu'il n'est guère possible de ne pas se convertir à l'idée de l'installation des asiles spéciaux, après avoir été chargé d'un grand nombre d'expertises.

Existe-t-il des « *individualités douteuses* » évoluant toute leur vie dans cette zone intermédiaire où ce n'est pas encore la

folie et où ce n'est déjà plus la raison ? Quel est le clinicien qui pourrait répondre par la négative ? Quel est le médecin légiste qui n'a pas été, maintes fois, au cours de sa pratique médico-légale, amené à la nécessité d'admettre des cas intermédiaires ne s'accommodant nullement de notre organisation fondée sur le principe du « *tout ou rien* », qui est beaucoup trop absolu.

Une des plus intéressantes questions qui soient en sociologie comme en médecine et en criminologie est la détermination exacte de la place qu'il convient d'assigner, dans nos méthodes de répression ou nos moyens de défense sociale, au *criminel instinctif*, à cet être dévié, incomplet, chez lequel s'observe la rétrocession de ce qui est le couronnement de la personnalité humaine : les sentiments moraux et affectifs.

Je le disais ailleurs (1) déjà, les sévérités de la Justice — sévérités s'inspirant de la nécessité de la préservation sociale — paraissent, en quelque sorte, hors de propos à l'égard d'individus incapables d'apprécier les conséquences morales d'une pénalité.

En frappant le coupable, sans espoir d'amendement, elle n'atteint qu'incomplètement le but si élevé qu'elle doit poursuivre. D'autre part, la séquestration, dans un asile d'aliénés, de ces êtres si foncièrement pervers, étiquetés par le crime, heurte les sentiments les plus respectables et est un danger véritable. Placé entre deux solutions extrêmes qui ne répondent pas au cas hybride et intermédiaire qu'il a sous les yeux, l'esprit hésite et se trouble. Obligé d'aboutir à une conclusion pratique, et n'ayant à proposer qu'une mesure qui ne s'adapte pas à ce cas intermédiaire il passe par des perplexités bien compréhensibles.

Le regretté Dr Semal (2) disait dans une étude très remarquable qu'on est toujours obligé de citer quand on aborde ce sujet : « Est-ce trop demander à la société actuelle de mettre

(1) Paul Garnier, *La folie à Paris* (J.-B. Baillière, 1890).

(2) Semal, *Des prisons asiles* (Conférence donnée au jeune Barreau de Bruxelles, 1889). — Id. *Des aliénés criminels et dangereux* (Cong. des sc. pénales. Bruxelles, 1875).

son régime répressif en accord avec les incontestables acquisitions de la science en promulgant qu'entre le crime, qu'elle a le droit de punir, et la maladie, dont elle a le devoir de poursuivre la cure, il y a une situation médiane exigeant de sa part une neutralité armée ? »

Dans les déviations de l'évolution, pas plus que dans le développement naturel des êtres, il n'y a de saut brusque. S'il existe, comme la clinique le démontre, un type intermédiaire entre la folie et le crime, il s'ensuit que les représentants de ce type intermédiaire ne seront à leur place ni dans une prison ni dans un asile ordinaire. Occupant une place à part dans l'échelle des déviations, leur destination est marquée pour un établissement également à part, le seul qui puisse logiquement les recevoir.

En l'état actuel de notre organisation administrative et des dispositions législatives, l'expert est enfermé dans un dilemne dont il ne peut sortir que par une option également impropre, ou à peu près. Qu'il penche, dans le doute, plutôt vers l'asile que vers la prison, c'est ce qui s'explique, et c'est pourquoi la population de certains de nos asiles parisiens est venue s'augmenter d'une foule d'individus — irréguliers dans la folie comme ils le sont dans la raison — qui, tout de suite, s'y décèlent comme des éléments de désordre et s'y différencient, par un certain nombre de caractères, des malades ordinaires. Ils y apportent un contingent de perversions instinctives qui oblige à compter avec eux et appelle une surveillance étroite. Ils ne font généralement pas converger sur eux cette sympathie et cette compassion qu'inspire la maladie, nette de ce mélange.

Aussi comprend-on aisément que le médecin chef de service se défende le plus possible contre leur incorporation dans un service hospitalier qui n'est pas précisément fait pour eux ; mais on ne s'explique pas moins bien que l'expert, en les y faisant diriger, ait adopté le seul parti qui pouvait être choisi.

En résumé, la loi en vigueur nous contraint, les uns et les autres, à une besogne ingrate, et uniquement défendable par l'impossibilité où nous sommes de faire mieux, avec notre outillage administratif et judiciaire.

La question a une telle importance qu'elle réclame toujours sa place dans la discussion de nos compagnies savantes ou de nos congrès.

L'année dernière elle se posait encore au congrès pénitentiaire.

M. Motet, qui est un de ceux qui ont le plus éloquemment démontré la nécessité de la création d'asiles spéciaux et que sa grande pratique médico-légale rend si compétent en la matière, a soumis au vote des membres de ce congrès un rapport (1) au nom de la Société de médecine légale de France ; cette étude se termine par les conclusions suivantes :

I. — Dans tous les cas où un individu poursuivi pour crime ou délit aura été relaxé comme irresponsable de l'acte imputé, il sera interné dans un établissement d'aliénés, par mesure administrative.

L'irresponsabilité de l'inculpé, à raison de son état de démence sera constatée dans l'ordonnance de non-lieu. Celle du prévenu renvoyé, pour la même cause des fins d'une poursuite correctionnelle ou bénéficiant d'un arrêt de non lieu sera constatée dans le jugement ou dans l'arrêt.

Celle de l'accusé traduit devant la cour d'assises et qui aura été acquitté pour cause de démence, sera constatée par le Jury, en réponse à une question qui lui sera posée par le président des assises, suivant les termes de l'art. 64 du code pénal, soit d'office, soit sur les réquisitions du ministère public ou sur la demande expresse de la défense.

La décision judiciaire intervenue dans l'un des cas ci-dessus prévus, sera transmise par le ministère public à Paris au Préfet de police, aux Préfets dans les départements, avec une notice individuelle dont la forme sera déterminée par un règlement d'administration publique.

(1) Au nom d'une commission composée de MM. le professeur Brouardel, président, Lefuel, Magnan, Christian, Demange et Paul Garnier.

II. — Si la sortie d'un individu interné à la suite d'une décision judiciaire est demandée pour cause de guérison, avant que cette sortie soit ordonnée, il devra être examiné si cet individu n'est pas légitimement suspect de rechute. Cet examen sera fait par une commission composée :

1° Du médecin de l'asile au service duquel appartient l'individu dont il s'agit.

2° Du Préfet de police, à Paris, du Préfet dans les départements ou de leurs délégués.

3° Du Procureur général du ressort ou de son délégué.

La commission pourra faire appel, si elle le juge nécessaire, aux concours et aux lumières spéciales de tous autres aliénistes.

Si la commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute sa sortie sera ordonnée. Dans le cas contraire il sera sursis de droit à la sortie.

L'effet de ce sursis ne pourra se prolonger au delà d'une année.

A l'expiration de chaque année l'individu dont il s'agit qui aura été l'objet, pendant le temps intermédiaire, d'une observation spéciale, sera soumis à un nouvel examen de la commission qui statuera comme il est dit ci-dessus.

Ces dispositions sont applicables à tout individu interné par mesure administrative à la suite de la décision judiciaire intervenue sur des poursuites pour crime ou délit, à quelque époque que la sortie soit demandée et quelle que soit la durée de l'internement.

Elles sont également applicables à la demande de sortie d'un individu condamné pour crime ou délit et reconnu ultérieurement en état d'aliénation mentale.

La société de médecine légale de France émet le vœu que des asiles, ou des quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivi par la Justice répressive et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental.

C'est de la création soit d'un asile, soit de quartiers spéciaux

annexés à un asile ou à une maison de détention que nous sommes en droit d'attendre des mesures plus sévères pour la garde des aliénés criminels, plus protectrices de la sécurité sociale.

Ces conclusions si complètes, si claires et si précises ont été votées par le congrès pénitentiaire.

M. Gilbert Ballet, dans un rapport présenté au même congrès arrive à des conclusions qui tendent à peu près au même but, mais modifient pourtant quelque peu les termes de la question. Tout en reconnaissant qu'il est nécessaire de créer un ou plusieurs établissements intermédiaires à la prison et à l'asile, il est d'avis d'y interner par jugement non les aliénés dits criminels mais « les fous moraux et certains autres délinquants ou criminels dont la responsabilité, en Justice, est considérée comme atténuée ».

J'accorde bien volontiers à M. G. Ballet que c'est bien, en effet, pour la catégorie de ces individus que la création d'asiles spéciaux est surtout nécessaire et urgente. Mais, je ne crois pas que la destination de ces établissements doive leur être exclusivement réservée, car ce ne serait pas répondre aux exigences que je signalais plus haut.

Je ne pense pas non plus qu'il soit indispensable qu'un individu ait commis un délit ou un crime pour pouvoir être considéré comme un aliéné dangereux. Les médecins aliénistes sont à même de discerner quels sont ceux de leurs malades dont les tendances essentiellement nocives exigent des mesures d'étroite surveillance et dont la sortie doit être subordonnée à des garanties particulières. Il y a quelques mois à peine la société médico-psychologique (1) s'occupait encore de la question, à propos des rapports que je viens de citer. La plupart des orateurs se sont rangés aux conclusions de M. Motet. Notons cependant que pour M. Charpentier (2), les asiles prisons peuvent bien faire l'objet d'une loi de sécurité sociale ; mais, selon lui, les

(1) Soc. méd. psych. Séance du 24 juin 1895,

(2) CHARPENTIER, soc. méd. psych. Séance du 30 décembre 1895.

considérations déduites de l'aliénation mentale ne suffisant pas pour les motiver, doivent rester étrangère à leur création.

Notre collègue s'est évidemment placé, là, à un point de vue tout théorique ; dès que vous entrez dans la pratique, les faits s'imposent au plus hésitant et forcent sa conviction.

Que d'exemples il serait possible de signaler pour légitimer, non pas *socialement* seulement, mais *scientifiquement*, la création de ces établissements spéciaux, que j'ai cru devoir appeler *des asiles de sûreté* (1), parce que cette domination me paraît indiquer, d'une manière précise, leur destination véritable. Créés pour recevoir les représentants de ces infirmités morales nocives qui ne sont à leur place ni dans la prison, ni dans l'asile ordinaire, leur organisation pourraît être telle, sans doute, qu'il serait permis d'y poursuivre, dans une mesure au moins partielle et à l'aide de procédés spéciaux, le redressement moral de certaines natures sur lesquelles il y a encore quelque prise, modification morale presque impossible à obtenir dans le milieu des prisons. Ce qui caractériserait avant tout ces établissements, ce qui serait une des raisons premières de leur existence, c'est que les êtres dangereux appelés à les peupler n'y entreraient qu'en vertu d'un jugement rendu sur les conclusions de l'expertise médico-légale et ne pourraient jamais en sortir que par une décision de l'autorité judiciaire éclairée par les constatations d'une commission spéciale. Ces asiles de sûreté donneraient à la société le pouvoir de *contenir* efficacement ces individus dangereux et leur destination exacte est celle de la maison de sûreté des anciens « *Non ad puniendos sed ad continendos homines* ».

§ X

DE LA NÉCESSITÉ DE MESURES LÉGISLATIVES SPÉCIALES A L'ÉGARD DES DÉLIRANTS ALCOOLIQUES RÉCIDIVISTES

Si la statistique prouve, que de nos jours, l'augmentation des cas de folie est à peu près uniquement due à l'alcoolisme ; si

(1) Paul GARNIER, Le criminel instinctif (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1889).

elle démontre encore — et c'est fait, surabondamment, sur l'un et l'autre point — que les attentats contre les personnes sont, pour une très forte proportion, d'origine éthylique, c'est une indication formelle de se préoccuper, d'une manière toute spéciale, des gros contingents que cette intoxication amène dans nos asiles.

L'attention doit se concentrer sur cette question d'importance considérable, non pas seulement à l'effet d'examiner les meilleurs moyens thérapeutiques à opposer aux troubles intellectuels ainsi développés, mais encore et surtout pour essayer de garantir la société contre les dangers, sans cesse plus nombreux, que les alcoolisés font courir à sa sécurité.

L'internement est rendu nécessaire par les désordres mentaux, tout le monde est d'accord sur ce point. Mais, si cet internement est limité dans sa durée par la durée même du délire alcoolique, il sera nécessairement fort court, puisque ce délire éthylique se dissipe au bout de quelques jours. Et, de fait, après quelques semaines, l'alcoolique guéri de son accès — mais non, hélas, de ses tendances, — est rendu à la liberté... et à des habitudes que cette éphémère interruption n'aura point fait disparaître... Sorti de l'asile, l'alcoolique y rentrera bientôt et, fréquemment, après s'être livré à des violences plus ou moins graves. Des internements iront, ainsi, s'échelonnant, séparés par de courts intervalles, qui sont suffisants pour que l'individu se réintoxique et se monte à ce degré d'excitation ou de fureur qui motive l'intervention de l'autorité.

C'est dans de telles conditions que se poursuit notre thérapeutique de l'alcoolisme; c'est par de tels procédés qu'on pourvoit à la sécurité sociale ! N'avons-nous pas le droit de dire que nos moyens de traitement et de préservation sociale sont, dès lors, à peu près illusoires.

Les médecins légistes, consultés chaque jour sur le degré de responsabilité des alcoolisés, les médecins d'asile pour lesquels ces individus sont une cause de graves difficultés ont élevé si haut la voix, dans ces dernières années, pour signaler le danger d'une telle situation, qu'on s'est enfin ému et qu'on

semble vouloir préparer des réformes depuis longtemps jugées indispensables.

Au Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris, en 1889, la question fut nettement posée. MM. Motet et Vétault (1), avaient montré, dans leur remarquable rapport, les méfaits de l'alcoolisme sous toutes ses formes, et l'insuffisance de nos moyens de défense. De mon côté, j'avais soumis au Congrès des faits établissant l'augmentation incessante des cas de folie alcoolique et la progression corrélative de la paralysie générale (2). Les esprits étaient donc bien préparés pour l'adoption de mesures protectrices.

Le vœu suivant fut voté à l'unanimité :

« Le Congrès, en présence du danger dont l'alcoolisme menace la Société, la famille, l'individu.

« Reconnaissant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre l'ivresse simple, l'ivresse pathologique et ses variétés, et l'alcoolisme chronique.

« Emet le vœu :

« Que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures judiciaires, d'une part, des mesures administratives durables, d'autre part, soient prises contre les alcoolisés suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent.

« Que les pouvoirs législatifs donnent une sanction aux travaux de Claude des Vosges, de MM. Th. Roussel et Léon Say.

« Qu'il soit pourvu, par la création d'un ou plusieurs établissements spéciaux, à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental ; que la durée de leur internement soit déterminée par

(1) Motet et Vétault. — De la responsabilité des alcoolisés.

(2) Paul Garnier. — Progression corrélat. de l'alcoolisation et de la paralysie générale.

les tribunaux, après enquête médico-légale ; que la sortie, même à l'expiration du temps fixé, puisse être ajournée si l'alcoolisé est reconnu légitimement suspect de rechute. Les alcoolisés chroniques, non dangereux, pourront être maintenus dans les asiles d'aliénés.

« Que ces établissements, ayant le caractère de maisons de traitement, et non de maisons de répression, soient organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé.

« Que les statistiques judiciaires et administratives soient dressées de manière à faire ressortir les résultats de ces mesures. »

Il y a trois ans, le Conseil général de la Seine, préoccupé d'un état de choses dont les chefs de service des asiles du département signalaient, à tout instant, les inconvénients, vota les crédits nécessaires à l'installation d'un asile réservé au traitement de cinq cents alcooliques, et, d'autre part, le Conseil supérieur de l'assistance publique a mis à l'étude, en ces dernières années, le projet de création des asiles spéciaux d'alcooliques. De très consciencieux rapports, des travaux fort importants ont été publiés tout récemment sur cette question ; parmi ceux-ci, il faut surtout citer ceux que nous devons à MM. Magnan, Legrain, Ladame, Sérieux, Marandon de Montyel, etc., etc. Il n'est que juste d'y joindre le nom de M. Ch. Muteau, conseiller honoraire à la Cour d'appel.

Au Congrès de médecine mentale tenu à Clermont-Ferrand en 1894, la discussion dont le remarquable rapport de M. Ladame sur *l'assistance et la législation relatives aux alcooliques* a été l'occasion, a quelque peu dévié, et il semble qu'on ne se soit pas suffisamment attaché à établir une distinction qui est absolument nécessaire.

Tout buveur d'habitude altère sa santé, mais tout ivrogne n'aboutit pas à l'alcoolisme cérébral.

Combien sont nombreux les buveurs que l'aliéniste ne sera jamais appelé à voir, buveurs qui paient, non plus de la perte de la raison, mais de la vie, leur passion pour l'alcool !

Combien d'ivrognes ne se cérébralisent pas, guettés d'ailleurs par d'autres lésions viscérales ! Et c'est cette vérité que mon illustre maître, le professeur Lasègue, énonçait en cette formule : « N'est pas alcoolique (cérébral) qui veut ! » Il ne suffit donc pas de boire pour provoquer des désordres mentaux ; il fautencore que le cerveau soit ce *locus minoris resistentiæ* qui donnera à l'intoxication sa physionomie individuelle.

Ceci revient à dire que tous les buveurs ne sauraient être réclamés par l'aliéniste ; un très grand nombre restent tributaires de la pathologie ordinaire, ou bien, même, n'ont jamais à réclamer de soins pour une maladie physique. Il en est qui semblent jouir, à cet égard, d'une sorte d'immunité, quoique plus apparente que réelle.

Vis-à-vis de ces buveurs d'habitude, l'intervention du philanthrope, du sociologue et du moraliste est peut-être plus nettement indiquée encore que celle du médecin. Cette intervention — qu'il faut souhaiter aussi prompte que possible, car elle court risque d'être inefficace si elle est quelque peu tardive — consiste dans une tutelle morale sous laquelle il importe de placer la volonté défaillante de l'homme devenu l'esclave d'une habitude tyrannique. Grâce à cette intervention, il sera soutenu, secouru contre cette tyrannie du besoin de boire, il sera isolé du milieu où s'entretiennent et se développent ses tendances alcooliques, et placé enfin dans de telles conditions qu'il puisse accomplir sa réforme morale. Mais pour tout cet ensemble de mesures protectrices et tutélaires, son adhésion est nécessaire ; car, si attristante que soit la situation d'un homme qui court à sa perte en cédant à une habitude funeste, ou en se laissant contagionner par l'imitation, nous sommes et devons être arrêtés par le respect dû à la liberté individuelle, tant que l'intempérant n'a causé d'autre dommage que celui qui s'attaque à sa seule personnalité.

Dira-t-on que c'est là une variété de suicide et que toute bonne philanthropie commande d'enlever à l'individu quel qu'il soit les moyens de mettre fin à ses jours ? L'argument n'est pas sans valeur, mais sa valeur n'est que relative. N'est-il pas vrai

qu'on pourrait aller loin dans cet ordre d'idées ? Bientôt le fumeur incorrigible qui nuit à sa santé, qui le sait et continue quand même à obéir à sa passion pour le tabac, serait passible des mêmes lois coercitives. Je crois que la liberté individuelle pourrait courir des risques très réels le jour où il suffirait de prétendre, pour faire procéder à un internement, que telle personne se livre à l'abus de l'alcool ou à l'abus de diverses substances plus ou moins toxiques.

Assurément, établir par des preuves péremptoires que l'habitude pernicieuse existe, c'est beaucoup, mais ce n'est pas assez encore. Il faut plus au médecin dont on sollicite un certificat de placement ; il faut, pour motiver la privation de la liberté, la *constatation directe des troubles mentaux ;* c'est cette constatation d'ordre médical qui justifie son intervention et la rend indispensable pour toute mesure de ce genre.

Si ces troubles mentaux ne sont pas en cause, s'il ne s'agit que d'habitudes d'intempérance, la tâche à accomplir est moins, je le répète, celle du médecin que du moraliste, du philantrope, qui trouveront à exercer, là, cette ardeur admirable qu'ils savent déployer dans la lutte contre le mal.

La création d'asiles spéciaux pour le traitement des *délirants alcooliques* et la création d'asiles destinés à l'amendement des *buveurs d'habitude non délirants,* sont donc deux choses très distinctes : elles ont pourtant cela de commun, que les deux innovations doivent concourir à la lutte contre l'alcoolisme. J'ai écrit, avec préméditation, *traitement* dans le premier cas, et *amendement* dans le second, pour mieux marquer que, là, on fait œuvre de médecin et, ici, œuvre de moraliste.

A cette assertion de Benjamin Rush : « L'ivrogne est un malade », assertion beaucoup trop absolue et inacceptable sous cette forme, il serait juste de substituer cette formule : « Derrière l'ivrogne, il y a parfois un malade ». Le cas n'est pas si rare du malheureux dipsomane, victime d'une servitude pathologique, traité comme un vulgaire ivrogne, exposé au mépris de ses semblables et aux sévérités de la justice.

Presque toutes les tentatives faites en vue de la cure du

buveur d'habitude sont nées dans l'Amérique du Nord où, plus encore que chez nous, l'alcoolisme a pris les proportions d'un énorme péril social.

De véritables croisades inspirées par un ardent zèle philanthropique, et surtout religieux, ont été entreprises contre l'alcoolisme. L'intempérant est pour ces zélateurs « le frère tombé » dont il faut obtenir le relèvement. En lui, on voit plus encore le coupable qui viole la morale que le malheureux qui viole l'hygiène. Plus peut-être que la cure du malade, en bien des cas, on poursuit la conversion du pécheur.

En France, nous n'avons suivi que de fort loin le mouvement qui s'est dessiné, il y a bien des années déjà, aux Etats-Unis, sur l'initiative, principalement, du Dr Turner auquel on a fait la tâche des plus difficiles et dont on reconnaît aujourd'hui les mérites. Ce n'est que depuis quelques années que la campagne est, ici, organisée. Elle est menée par un maître dont l'autorité est incontestée. M. Magnan s'est donné à cette tâche avec une conviction profonde et son nom se relie étroitement aux réformes, aux innovations qui, toutes, tendent à endiguer le flot montant de l'alcoolisme. Il n'a pas encore convaincu tout le monde, cela est certain ; mais il a gagné à cette cause de nombreux adhérents, qui se montraient fort peu enclins à le suivre au début. Ses rapports à l'Académie de médecine, au Congrès pénitentiaire de 1895, au Conseil supérieur de l'assistance publique, sont trop connus pour que j'aie besoin de les analyser ici. Enfin, M. Marandon de Montyel, s'est voué aussi à cette étude dans ces deux ou trois dernières années, et, par des publications nombreuses, a rendu compte de l'expérience tentée dans son service de Ville-Evrard, non pas d'ailleurs sur de simples buveurs, mais sur des délirants alcooliques, internés comme aliénés en vertu de la loi de 1838.

A part cette expérience toute récente, les délirants alcooliques — les seuls que nous puissions légalement interner, car c'est seulement à l'alcoolisme cérébral que la contrainte commence — ont été traités jusqu'à ce jour comme les aliénés ordinaires et confondus avec eux dans les asiles. Pour les partisans du

régime de l'abstinence totale des boissons fermentées à appliquer aux alcooliques, ils sont là très mal à leur place, car, ils y trouvent les moyens de se procurer ce dont ils doivent être systématiquement sevrés, d'une façon définitive. De là l'utilité, la nécessité, devrais-je dire, de consacrer un établissement spécial où, — toujours en application de la loi de 1838 — on isolerait les alcoolisés délirants et où on leur appliquerait le seul régime qui puisse les guérir.

Mais la loi qui n'autorise rien contre la liberté du buveur, est encore incomplète et inefficace quand il s'agit de l'alcoolique délirant. Elle permet bien de l'interner à titre d'aliéné, mais elle refuse le droit de le maintenir à l'asile, dès que le délire s'est dissipé. On fait ainsi le traitement de l'accès, non de la tendance morbide, et la sortie intervient alors que celle-ci, existant encore, assure la rechute. Il en résulte, comme je le disais il y a un instant, des inconvénients graves et l'hospitalisation des alcooliques délirants, telle qu'elle se pratique, et peut seulement se pratiquer pour obéir à la loi en vigueur, est presque une illusion tant au point de vue thérapeutique que sous le rapport de la défense sociale. Il y a donc une lacune à combler et c'est là que l'urgence est indiscutable.

Le projet de loi voté par le Sénat ne comble pas cette lacune. Il permettra, il est vrai, de faire tomber sous l'application des art. 36, 37, 38, 39 et 40, les délirants alcooliques déférés à la Justice pour des actes délictueux ou criminels et reconnus irresponsables à la suite de l'expertise médicale. Mais elle laisse en dehors de ces mesures de garantie tous les délirants alcooliques qui n'ont pas encore commis ces offenses, c'est dire qu'elle leur laisse ainsi le temps et les moyens de les commettre un jour ; et, pour la plupart, ils n'y manquent guère.

La société n'a-t-elle pas mieux à faire que d'attendre en victime résignée l'agression de l'alcoolique en délire ? Peut-il être admis qu'il n'y ait rien de mieux à faire à l'égard de ces individus, qui nous reviennent en pleine crise hallucinatoire toxique, trois, quatre, cinq et six fois dans une même année, toujours avec cette aptitude nocive qu'engendre le délire alcoo-

lique ? On se demande s'il ne conviendrait pas de considérer l'alcoolique délirant, à son deuxième ou troisième accès comme étant en état spécial de récidive légale. L'expérience prouve que l'homme qu'un deuxième accès, et à plus forte raison un troisième accès de délire alcoolique nous amène, est à peu près acquis à l'incorrigibilité ; cela est surtout vrai si la durée de l'isolement n'est pas très prolongée et on estime que six mois suffisent à peine et qu'il ne serait pas excessif de les retenir toute une année à l'asile. Or, la loi de 1838 s'y oppose.

L'alcoolique qui a donné, par la répétition de ses accès, la démonstration de son impuissance à résister à son entraînement, s'est définitivement classé comme un individu à part dans le milieu social, et la collectivité a le droit de lui réserver une place également à part dans l'ensemble des mesures qu'elle édicte pour sa défense.

Ce ne serait pas se montrer trop sévère et faire preuve d'une prévoyance excessive que d'envisager comme *judiciaire* la situation de ce récidiviste avéré, si éminemment dangereux, et de lui appliquer les dispositions générales des articles 36, 37, 38, 39 et 40 de la loi votée par le Sénat.

Il appartiendrait aux pouvoirs législatifs de compléter les dites dispositions par un article additionnel visant les *délirants alcooliques récidivistes*. Ce sont là les idées que j'ai exposées devant la Commission nommée, ces dernières années, par la Société de médecine légale de France, à l'effet d'étudier cette question si importante de l'insuffisance des garanties prises contre les alcooliques.

Il est certain que tout appelle une réforme sur ce point et ce n'est pas parce qu'on aura créé, comme on l'a projeté, un asile pour les délirants alcooliques, — car il ne peut être question d'interner que ceux-là et non pas les simples buveurs d'habitude — qu'on aura remédié à ce fâcheux état de choses. Cet asile créera sans doute les moyens de mieux assurer le régime de l'abstinence, il ne donnera pas ceux d'exercer une contrainte sur l'alcoolique guéri de son accès et qui, la loi en main, réclame sa sortie.

Du moment qu'il est établi que le traitement de l'alcoolisme cérébral et les mesures de défense sociale que commande cette intoxication aux manifestations si dangereuses et agressives, sont impossibles sans porter atteinte à la liberté individuelle, force nous est de changer notre fusil d'épaule et de dire à l'alcoolique redevenu lucide après un court internement : « C'est entendu ! vous n'avez plus de délire ; mais si vous êtes guéri de l'effet, qui a été votre accès, vous ne l'êtes pas de la cause, représentée par l'habitude, par les entraînements que vous subissez. L'examen de votre passé de récidiviste nous fixe, dès à présent, sur votre avenir. Jusqu'à plus ample informé (décision d'une commission spéciale) vous devez être tenu comme légitimement suspect de rechute et conservé, à ce titre, dans l'asile spécial dont vous vous êtes chargé vous-même de vous ouvrir les portes ».

Cette absence de toute possibilité de contrainte à l'égard de l'alcoolique redevenu lucide, au bout de quelques jours de traitement, et qui nous réclame sa sortie sans que nous puissions la lui refuser, est l'échec auquel s'est heurtée la tentative, d'ailleurs si intéressante, faite par M. Marandon de Montyel dans son service de Ville-Evrard.

Dans un intéressant article (1) publié à la date d'hier, pour ainsi dire, notre collègue expose, en la déplorant vivement, la situation qui lui est faite et paralyse ses moyens d'action..... Gêné, à tout instant, par les prérogatives de la liberté individuelle, il se montre tout prêt à les tenir pour nulles, en pareil cas, la cure du buveur primant toute autre considération. L'abstinence forcée et totale passant pour guérir le tiers des alcooliques environ, il est d'intérêt supérieur que cette abstinence soit imposée assez rigoureusement et assez de temps pour autoriser l'espoir d'une guérison, etc.

Poser en principe que tout buveur, indistinctement, le non-délirant comme le délirant, doit être séquestré, c'est aller bien

(1) Marandon de Montyel. — Traitement de l'alcoolisme et liberté individuelle.

loin et je ne pense pas que M. Marandon de Montyel obtienne, sur ce point, de nombreuses adhésions. Et d'abord, qui vous assure que vous allez le guérir, cet homme qui, jusqu'à présent, n'a causé d'autre dommage qu'à lui-même ? L'espoir que vous avez d'y parvenir vous arme-t-il suffisamment pour que vous, médecin, qui ne constatez que les signes grossiers d'habitudes éthyliques, constatation dans laquelle le premier enquêteur venu pourrait presque vous suppléer, vous demandiez qu'on vous livre ce buveur, et qu'on le maintienne séquestré autant de temps que vous le jugerez opportun ? C'est fort contestable.

Si parfaites que soient les intentions, si excellent que soit le but visé, c'est périlleux, je le crois, de réclamer de tels pouvoirs.

Il y a une constatation que, pour ma part, j'ai souvent faite, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et elle me semble de nature à appeler la réflexion. Il est assez exceptionnel d'y voir revenir un alcoolisé délirant amené là pour un premier accès que, pour telle ou telle circonstance — apparences d'une rapide amélioration, défaut d'encombrement me permettant de garder un peu plus longtemps le malade, etc., — je pouvais laisser s'éteindre sur place.

L'individu qui a bénéficié de cette prompte mise en liberté et a évité l'asile d'aliénés ne reparaît presque jamais, je le répète ; tandis que c'est à peu près la règle pour ceux qui ont été internés.

Il n'est pas interdit de se demander si l'homme qui prend l'habitude de vivre à l'asile et tend à s'y dépouiller peu à peu de cette initiative, de cette énergie, de cette personnalité, de cette volonté qui doivent, au dehors, faire sa force de résistance quand il est aux prises avec les difficultés de l'existence, ne devient pas plus impropre à cette lutte, n'est pas moins apte à déployer les ressources d'un tempérament qui a perdu ainsi une partie de son individualité. Une telle situation morale ne pourrait évidemment que faciliter la rechute, et j'ai été amené à penser, bien des fois, qu'elle figurait au nombre des facteurs qui avaient préparé ou provoqué les récidives successives.

Enfin je ferai, sur un dernier point, une remarque qui a son utilité. De l'avis de tous ceux qui poursuivent d'une façon spéciale la cure de l'alcoolique, un semestre, au moins, d'isolement et d'abstinence forcée, est nécessaire, en moyenne, pour obtenir une guérison durable.

M. Marandon de Montyel a établi une sorte d'échelle qui, en dépit de sa vague ressemblance avec une échelle de pénalités, n'est que la graduation, approximative à vrai dire, du temps nécessité par le traitement, suivant le numéro d'ordre de l'accès de délire alcoolique. Pour le premier accès, notre collègue fixe à trois mois le temps de séjour nécessaire à l'asile, pour le deuxième six mois, pour le troisième un an...

Est-il utile d'observer qu'il ne peut y avoir là, en l'état actuel de la législation, qu'un programme thérapeutique tout idéal ; M. Marandon de Montyel n'est pas légalement fondé à exiger que les alcooliques de son service y prolongent leur séjour pendant de longs mois, après le retour complet à la lucidité. Il ne néglige rien, poussé par cette noble ardeur que nous nous plaisons à lui reconnaître, pour exercer sur eux une sorte de contrainte morale et leur persuader que, libérés du délire, ils ne doivent pas, pour cela, être libérés de l'internement. Il ne parvient pas à les convaincre tous ; les uns protestent et obtiennent leur liberté, les autres se l'octroient en s'évadant. Et c'est ici que la position devient quelque peu difficile ; les évadés, sûrs d'eux-mêmes, se rendent à la Préfecture et réclament un examen de leur état mental. Le médecin de l'Administration se trouve en présence, d'une part, d'un homme qui jouit de toute sa raison et sait faire valoir des motifs sérieux pour son élargissement (nécessité, par exemple, de subvenir aux besoins pressants de toute une famille), et, d'autre part, d'un bulletin du chef de service réclamant la réintégration de l'évadé, dont le *temps n'est pas fini*.

On peut admettre que l'évadé étant dans une situation irrégulière, sa réintégration doive se faire *de plano* et sans nouvel examen mental, *par les soins de l'Administration*. Mais si cet examen mental est ordonné, sera-t-il possible d'aboutir à

une réintégration ? Cela ne me paraît pas admissible, car le médecin ne saurait délivrer un certificat concluant à la réintégration, lorsque rien, dans l'état mental actuel de l'individu soumis à son observation, ne lui fournit motif à de telles conclusions. En quelques circonstances, malgré tout mon désir de concourir, avec M. Marandon de Montyel, à la consolidation de la cure de l'alcoolique, je n'ai pu satisfaire à sa demande, et l'évadé, qui avait fait ses preuves de calme et de lucidité, était laissé en liberté. Ce n'est pas je l'avoue, d'un très bon exemple pour ceux qui restent à l'asile, comme me le faisait remarquer notre collègue ; mais nous n'y pouvons rien. Les meilleures intentions du monde et les arguments les plus sérieux ne nous permettent pas de nous mettre au-dessus de la loi.

La situation sera donc sans issue et l'asile d'alcooliques dont la construction est projetée pourra nous préparer et nous apportera sans doute d'assez fortes déceptions autant de temps qu'un article de loi ne sera pas venu nous autoriser à classer l'alcoolique récidiviste parmi les individus nuisibles et légitimement suspects de rechute, que les intérêts de la défense sociale commandent de conserver à l'asile spécial bien au-delà de la durée d'un éphémère délire, de même qu'il conviendrait d'y enfermer, sous les mêmes garanties d'ordre judiciaire, les délinquants par ivresse habituelle.

CONCLUSIONS

Je résumerai les considérations exposées au cours de ce rapport, dans l'énoncé des propositions suivantes que je soumets à l'appréciation du Congrès.

I. — Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie.

Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale.

II. — La qualification de « *dangereux* », appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés, ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

III. — Les progrès réalisés en pathologie mentale, et dans l'hospitalisation spéciale des aliénés tendent à la suppression à peu près complète de tous les moyens de contrainte physique, au cours de l'internement.

IV. — Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigeraient que les malades confiés à chacun des chefs de ser-

vice fussent beaucoup moins nombreux afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

V. — Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

VI. — Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des *visites à volonté* sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans fixation aucune de jour et d'heure, comme le voudrait une nouvelle méthode.

VII. — Les sorties provisoires ou à titre d'essai, dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants en permettant d'opérer une transition utile et d'octroyer la liberté en quelque sorte à titre conditionnel.

VIII. — Les plus grandes réserves sont commandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux, les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

IX. — La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons, est plus apparente que réelle et

semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté à leur internement.

X. — La division de nos établissements spéciaux en *asiles de traitement* et *en asiles d'incurables* présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond pas au progrès moderne. Mais il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place et pour lesquels l'assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

XI. — L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources, à sa sortie de l'asile. Le surveiller affectueusement, le protéger, le secourir est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage.

XII. — La loi du 30 juin 1838 « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable.

Les exemples de séquestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen.

XIII. — Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant et d'ailleurs logique, dans l'internement des aliénés, aient été inférieures à leur mission contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire.

XIV. — Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cités, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables, non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales.

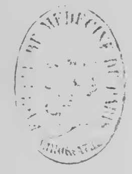
XV. — Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat, portant révision de celle du 30 juin 1838, principe d'après lequel un jugement est nécessaire pour tout internement, se heurte à de considérables sinon insurmontables difficultés d'exécution et ne semble pas devoir, *dans la pratique,* augmenter réellement les garanties contre la violation de la liberté individuelle, garanties d'ailleurs assurées par la stricte application des dispositions législatives en vigueur, attribuant au pouvoir judiciaire tout le contrôle nécessaire.

XVI. — La loi du 30 juin 1838, qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile, s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la sortie d'aliénés dangereux réputés guéris, mais légitimement suspects de rechute.

Sur ce point, elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 de la loi votée par le Sénat, portant création d'asiles spéciaux pour aliénés dits criminels.

XVII. — Il y a lieu d'étendre, par un article additionnel, ces précautions aux *délirants alcooliques récidivistes* dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre.

TABLE DES MATIÈRES



Nancy. — Imprimerie A. Crépin-Leblond, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).